

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
SOSIAALI- JA TERVEYSALA

POTILASOHJAUS – DIABETES-POTILAIEN KOKEMUK-
SIA SAAMASTAAN OHJAUksesta

Opinnäytetyö

Jyri Määttä

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Kemi 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden
Hoitotyön koulutusohjelma

JYRI MÄÄTTÄ

POTILASOHJAUS – DIABETES-POTILAIEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN
OHJAUksesta

Opinnäytetyö 47 sivua ja 5 liitettä

Ohjaajat: Aija Lämsä & Seppo Kilpiäinen

13.2.2012

Asiasanat: potilasohjaus, diabetes

Tutkimuksen tarkoituksena on perehtyä potilasohjauksen teoreettiseen taustaan käyttäen aiheeseen liittyvää tieteellistä kirjallisuutta sekä tutkittua tietoa. Tutkimuksessa potilasohjauksen teoria yhdistetään käytännön tutkimukseen, jossa kartoitetaan Lapin Keskussairaalan diabetespoliklinikalla potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta diabetekseen liittyen. Tutkimuksen myötä saatujen tuloksien pohjalta diabeteshoitajat poliklinikoilla sekä sisätautien vuodeosastoilla voisivat kehittää potilasohjaustaan ja kiinnittää huomiota niihin potilaiden esille tuomiin asioihin joista kaivataan enemmän tietoa.

Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Tutkimusongelmina ovat: selvittää mitä asioita potilaat haluavat käydä läpi potilasohjaus-tilanteissa, sekä miten potilasohjaus kertojen määrä vaikuttaa siihen, millaiseksi potilaat heidän saamansa ohjauksen kokevat.

Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeiden avulla. Lomakkeet jaettiin Lapin keskussairaalan diabetespoliklinikan asiakkaille 1.5–30.6.11 välisenä aikana. Lomakkeita jaettiin kokonaisuudessaan 50 kappaletta. Täytettyjä lomakkeita saatiin takaisin 50 kappaletta.

Kyselylomake oli strukturoitu. Vastaukset analysoitiin Excel-tilukkolaskentaohjelmalla. Vastauksista kävi ilmi, että vastaajat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä heidän saamansa potilasohjaukseen ja potilasohjauskertojen määrään. Sukupuolien välillä eroavaisuuksia havaittiin tiedon halussa. Ikäryhmien välillä havaittiin eroavaisuuksia tyytyväisyydestä potilasohjaukseen.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree Programme in Nursing

JYRI MÄÄTTÄ

PATIENT EDUCATION – DIABETES PATIENTS' EXPERIENCES OF PATIENT EDUCATION

Bachelor's Thesis, 47 pages and 5 appendices

Advisors: Aija Lämsä & Seppo Kilpiäinen

13.2.2012

Keywords: patient education, diabetes

The aim of this bachelor's thesis is to study the theory of patient education using subject-specific scientific literature and studies. In this study, the theory of patient education is combined with a practical research to survey patients' experiences of diabetes education, received at the diabetes polyclinic of Lapland Central Hospital. Using the results provided by this study the diabetes nurse specialists, at polyclinics and inpatient care of internal diseases, are able to improve their patient education and take notice of things brought up by patients requiring more information on.

This study is a quantitative research. The research problem is to find out what the patients want to go over in patient education and how does the amount of education instances affect on, what kind of experience is the education from the patients' point of view.

The study was carried out with questionnaires. The forms were given to clients of the diabetes polyclinic of Lapland Central Hospital between 1 May and 30 June 2011. 50 forms in total were handed out. 50 filled out forms were returned.

The questionnaire was structured. The answers were analyzed using the Excel spreadsheet program. The answers revealed that as a rule the respondents are satisfied with the received patient education and the amount of education instances. Discrepancies between genders were detected in the desire of knowledge. Between age groups there were discrepancies in the level of satisfaction in patient education.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	5
2. POTILASOHJAUS	8
3. DIABETESPOTILAAN POTILASOHJAUKSEN OHJAUS ERITYISPIIRTEET	12
4. POTILASOHJAUKSEN EETTISYYS	16
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	18
5.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja ongelmat	18
5.2 Tutkimusaineiston hankinta- ja analysointimenetelmät	18
5.3 Tutkimuksen toteutus	19
6. TUTKIMUSTULOKSET	20
6.1 Taustatiedot	20
6.2 Tutkimustulosten analysointi	22
7. JOHTOPÄÄTÖKSET	27
7.1 Potilaiden tiedonhalu ensimmäisessä ohjauksessa	27
7.2 Potilaiden kokemukset ohjaavasta henkilökunnasta	28
7.3 Potilaiden tiedonhalu tällä hetkellä	29
7.4 Potilaiden kokemukset ohjauksesta	29
7.5 Potilaan iän vaikutus kokemukseen potilasohjauksesta	30
7.6 Potilaan sukupuolen vaikutus kokemukseen potilasohjauksesta	31
7.7 Potilaiden sukupuolen vaikutus tiedonhaluun	32
8. POHDINTA	34
8.1 Tutkimuksen luotettavuus	34
8.2 Tutkimuksen eettisyys	35
8.3 Kokemukset tutkimuksen tekemisestä	36
8.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	36
LÄHTEET	37
LIITTEET	

1. JOHDANTO

Kustannustehokkuuteen pyrkiminen, hoitoaikojen lyheneminen, potilaiden tietotaidon lisääntyminen ja potilaiden oman vastuunoton lisääntyminen ovat luoneet paineita hoitohenkilökunnan potilasohjauksen kehittämiseksi. Enää hoitajaa ei nähdä autoritaarisena henkilönä, joka sanelee tietyt ehdot joiden mukaan täytyy toimia, vaan nykyään painotetaan yhteistyötä potilaiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Potilas nähdään oman terveytensä asiantuntijana, joka osallistuu hänen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, johon tähtää myös lainsäädäntö. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 252; Kyngäs & Kääriäinen & Poskiparta & Johansson & Hirvonen & Renfors 2007, 5; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.)

Auttamisen peruslähtökohtana on antaa välineitä potilaalle, jotta hän selviytyisi elämässään eteenpäin (Ahonen 1994, 11, 97). Auttaminen hoitotyössä on jatkuvaa vuorovaikutusta potilaiden kanssa (Sundeen & Stuart & Rankin & Chen 1987, 127). Vuorovaikutuksen yhtenä tavoitteena on hoitosuhteen muodostuminen, jossa hoitajan päämäärä on auttaa potilasta saamiensa tietojen pohjalta (Mattila 2001, 16). On muistettava, että vuorovaikutustilanteeseen vaikuttavat aina potilaan ja hoitajan ajatukset ja tunteet (Ahonen 1987, 101; Kyngäs ym. 2007, 27; Mattila 2001, 16).

Hoitotyön tarkoituksena on pyrkiä ylläpitämään ihmisten terveyttä, jotta he voisivat elää normaalia, aktiivista ja onnellista elämää. Terveys onkin yksi arvostetuimmista asioista ihmisten keskuudessa. Kuitenkin ihminen voi sairastua missä elämäntilanteessa tahansa. Diabetes on yksi tällaisista sairauksista joka voi puhjeta millä iällä tahansa (Saraheimo 2009, 8–12). Sairaus nähdään yleensä poikkeavuutena ihmisen normaalista tilasta. Ihminen ottaakin yhteyttä terveydenhoitohenkilökuntaan kun hänellä on jokin elämää hankaloittava vaiva/ongelma. (Benjamin & Curtis 1992, 6; Hallila 1999, 50; Louhiala & Launis 2009, 56; King 1981, 3-5.)

Tutkimuksen tarkoituksena on perehtyä potilasohjauksen teoreettiseen taustaan käyttäen aiheeseen liittyvää tieteellistä kirjallisuutta sekä tutkittua tietoa. Tutkimuksessa potilasohjauksen teoria yhdistetään käytännön tutkimukseen, jossa kartoitetaan Lapin Keskussairaalan diabetespoliklinikalla potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta diabetekseen liittyen. Tutkimuksen myötä saatujen tuloksien pohjalta diabeteshoitajat poli-

klinikoilla sekä sisätautien vuodeosastoilla voivat kehittää potilasohjaustaan ja kiinnittää huomiota niihin potilaiden esille tuomiin asioihin joista kaivataan enemmän tietoa.

Opinnäytetyössä potilasohjauksen teoria yhdistetään käytännön tutkimukseen, jossa kartoitan Lapin Keskussairaalan diabetespoliklinikalla potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta diabetekseen liittyen. Kaksi suurinta kiinnostuksen kohdetta tulevassa kyselytutkimuksessa ovat potilaiden mielipide annetusta ohjauksesta, sekä se mistä asioista he olisivat halunneet saada enemmän tietoa taudin toteamisvaiheessa/ensimmäisissä ohjaustilanteissa.

Diabetes mielletään yleisesti suuren yleisön keskuudessa vaarattomaksi sairaudeksi, eikä sen vakavia terveyshaittoja tiedosteta joko tahallisesti tai tahattomasti. Diabetes on kuitenkin hoitamattomana vakava sairaus. Diabeteksen määrä on kiihtyvässä kasvussa ja lääkäriseura Duodecimin arvioiden mukaan sitä sairastaa tällä hetkellä jo noin 500 000 suomalaista. Näin ollen ei enää voida puhua mistään marginaalisairaudesta. Diabeteksen tekee vaaralliseksi siihen liittyvät liitännäissairaudet, kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet (Saraheimo 2009, 10). Diabetes itsessään on yläkäsite monille sairauksille, joille on yhteistä häiriintynyt energia-aineenvaihdunta, joka ilmenee kohonneena veren sokeripitoisuutena. Sen kaksi päämuotoa ovat tyypin I (nuoruustyyppin) ja tyypin II (aikuistyyppin) diabetes (Saraheimo 2009,7-8.)

Diabeetikoiden suuresta määrästä johtuen heidän potilasohjaukseensa on kiinnitettävä tulevaisuudessa entistä enemmän huomiota. Kääriäinen & Kyngäs & Ukkola & Torppa (2005a,13) esittävät tutkimustuloksissaan, että ohjauksella on merkittävä vaikutus potilaan asennoitumisessa omaan hoitoonsa. Diabetespotilaiden potilasohjauksen merkittävyyttä korostaa myös sen kansantaloudellinen vaikutus. Vuonna 2007 diabeetikoiden aiheuttamat sairaanhoidon kokonaiskustannukset olivat 1304 miljoonaa euroa, ja tästä summasta 832,6 miljoonaa euroa oli pelkästään diabetespotilaiden diabeteksesta aiheutuvia lisäkustannuksia (Jarvala & Raitanen & Rissanen 2010, 7). Diabeteksen aiheuttamat kustannukset vievät vuosittain 15 % terveydenhuollon menoista (Diabetes - Käypä hoito-suositus 2011).

Opinnäytetyön aihe on potilasohjauksen teoria yhdistettynä diabetespotilaiden kokemuksiin saamastaan ohjauksesta, koska olen erittäin kiinnostunut diabeteksesta, sen ennalta ehkäisystä ja hoitotyöstä. Olen itse erittäin intohimoinen liikunnan harrastaja ja

voin oman empiirisen kokemuksen perusteella sanoa liikunnan ja ravitsemuksen vaikuttavan huomattavasti yksilön terveyteen ja hyvinvointiin. Tyypin II diabetes on yksi niistä sairauksista, joihin voi omilla elintavoillaan vaikuttaa. Mielestäni yksi hoitotyön tärkeimmistä asioista on potilasohjaus ja haluan perehtyä siihen teoria tasolla erityisen hyvin. Tulen tarvitsemaan näitä taitoja tulevassa ammatissani, joten tämä opinnäytetyö on hyvä mahdollisuus paneutua asiaan perusteellisesti. Ei ole yhden tekevää kuinka potilasohjausta tehdään ja jotta siinä onnistuu hyvin, on otettava monet ihmisen käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät (media, mainonta) huomioon (Thompson & Melia & Boyd & Horsburgh 2007, 187–188). Teen tutkimuksen Lapin keskussairaalassa, koska olen tehnyt kyseisessä sairaalassa suurimman osan harjoitteluistani ja haluan omalta osaltani kehittää sairaalan potilasohjausta. Uskon myös tutkimuksesta olevan hyötyä käytännön hoitotyöhön diabeteshoitajille diabetespoliklinikalla ja sisätautien vuodeosastolla.

2. POTILASOHJAUS

Ohjaus käsitteenä hoitotieteessä on osa ammatillista toimintaa, hoito- tai opetusprosessia. Käsitteen määrittelyä vaikeuttaa se, että sen rinnalla käytetään hoitotyössä usein käsitteitä opetus, tiedon antaminen ja neuvonta. Ohjausta esiintyy kaikissa niissä tilanteissa missä ohjattavan tilannetta arvioidaan ja keskustellaan hänen tarpeistaan ja tavoitteistaan. (Kääriäinen 2007, 27; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 252–255.) Ohjauksella tarkoitetaan myös niitä tilanteita, joissa potilaan toimintaan pyritään vaikuttamaan (Kyngäs ym. 2007, 25). Ohjaukselle onkin ominaista ohjaajan ja ohjattavan keskinäinen vuorovaikutus, joka onnistuakseen vaatii hyväksyvän ja avoimen ilmapiirin, missä ohjattavaa ei syyllistetä. Hyvin onnistuessaan ohjaaja-ohjattava työpari muodostaakin hyvän asiantuntijatiimin, jolla on hyvät edellytykset päämäärän saavuttamiseksi. (Kääriäinen 2007, 27; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 252–255.)

Ohjauksella täytyy aina olla jokin tavoite (Kyngäs & Mäntinen 2008, 100; Kääriäinen & Lahdenperä & Kyngäs 2005b, 27; Kääriäinen ym. 2005a, 10; Kääriäinen & Kyngäs & Ukkola & Torppa 2006, 5). **Ohjauksen tavoitteet** tulee määrittää yhdessä potilaan kanssa (Kyngäs ym. 2007, 75; Kyngäs & Mäntinen. 2008, 81; Kääriäinen ym. 2005b, 28; Torkkola & Heikkinen & Tiainen 2002, 26–27), ja näiden tavoitteiden täytyy lähteä potilaan tarpeista (Redman 2004, 18). Tavoitteiden avulla potilas omaksuu uusia tietoja, taitoja ja asenteita (Kääriäinen ym. 2005b, 28). Jotta ohjauksella saavutetaan hyvä hoitoon sitoutuminen, on asetettujen tavoitteiden oltava realistisia ja konkreettisia (Kääriäinen 200c, 28; Kyngäs ym. 2007, 75). Potilas saavuttaa pitkän aikavälin tavoitteet parhaiten silloin, kun hänelle on asetettu pienempiä lyhyen aikavälin tavoitteita. Päästessään lyhyen aikavälin tavoitteisiin, potilaan itseluottamus ja motivaatio omaan hoitoonsa lisääntyvät. Samalla parantuu myös potilaan hoitomyönteisyys. (Kääriäinen ym. 2005b, 28.)

Tavoitteiden avulla potilas kykenee hyödyntämään saamiaan tietoja oman sairauden hoidossa. Ohjauksen avulla potilaan tietotaitoa syvennetään ja tavoitteena on muuttaa potilaan tilannetta vallitsevasta alkutilanteesta. Tavoitteena voi esimerkiksi olla potilaan ruokavalion merkityksen sisäistäminen diabeteksen hoidossa. Tavoitteena voi olla myös korostaa potilaan omaa vastuun kantamista omasta hoidostaan. (Kyngäs ym. 2007, 25–26; Torkkola ym. 2002, 28.) Tavoitteiden täytyy myös herättää potilaan mielenkiinto ohjauksen sisältöä kohtaan ja parantaa hoitomyönteisyyttä (Torkkola ym. 2002, 28).

Hoitomyönteisyyttä ei paranna se, että ohjaaja määrittää potilaan hoitolinjat autoritäärisesti. Ohjaajan tulee antaa potilaalle useita erilaisia vaihtoehtoja, joista potilas saa itse valita. Näin ollen potilaan tunne siitä, että hän voi itse vaikuttaa omaan hoitoonsa kasvaa. Tämän tunteen myötä kasvaa myös hoitomyönteisyys. (Redman 2004, 18–19.)

Onnistuneen potilasohjauksen yhtenä edellytyksenä on kaksisuuntainen vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä. Tällöin potilaalla on mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä. (Kyngäs 2007, 74.) Kääriäisen ym. (2006, 10) tutkimuksessa 99 % terveydenhuollon henkilöstöstä pitivät omaa ohjaustoimintaansa sellaisena, että he antavat potilaalle mahdollisuuden kysyä ja keskustella ongelmista, sekä huomioivat potilaan tarpeet. Kuitenkin Kääriäisen ym. (2005a, 13–14) tutkimuksen mukaan potilailla ei ole aina mahdollisuutta esittää kysymyksiä ohjaustilanteissa. Näiden tutkimusten tuloksia vertaillaessa voidaan todeta, että terveydenhuollon henkilöstön ja potilaiden käsitykset ohjauksesta eivät kohtaa.

Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus ja kanssakäyminen ovat avainasemassa diabetespotilaan potilasohjauksessa (Dunning 2009, 436–437). Onnistunut potilasohjaus edellyttää ohjaajalta hyviä ohjausvalmiuksia. Näillä hyvillä valmiuksilla tarkoitetaan hyviä vuorovaikutus- ja johtamistaitoja, tietotaitoa ohjattavasta asiasta. Ohjaajalla on oltava tietoa niin oppimisesta kuin siihen liittyvistä ohjausmenetelmistä. Ohjaajan täytyy ymmärtää ohjauksen eettiset periaatteet ja se, etteivät hänen omat arvonsa saa vaikuttaa ohjaukseen. Ohjaustilanne voidaan nähdä tietynlaisena hoitotyön prosessina, joka alkaa potilaan hoidon tarpeen määrittämisestä ja jatkuu aina hoidon arviointiin saakka. Onnistuessaan se luo pohjaa hyvälle hoidolle ja potilaan voimaantumiselle. (Fry 1997, 24-25; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255-257.)

Hoitotyö perustuu vuorovaikutukseen, joka on hoitoprosessin perusta. Hoitajan ammattitaidon yksi tärkeimmistä osa-alueista ovatkin hyvät vuorovaikutustaidot, joiden avulla hoitaja kykenee vaikuttamaan potilaisiin myönteisellä tavalla, esimerkkinä potilasohjaus. Onnistunut vuorovaikutus nähdäänkin hoitotyössä ohjaajan ja ohjattavan tasavertaisena suhteena, jossa molemmat ovat aktiivisia tekijöitä. Ohjaaja-ohjattava suhde voidaan nähdä myös oppimiskokemuksena, jossa olennaisena osana on ohjaajan pyrkimys omaan kehitykseensä ohjaajana. (Silvennoinen 2004, 15–17; Sundeen ym. 1987, 127.)

Vuorovaikutuksella potilasohjauksessa tavoitellaan neljää eri asiaa. Näistä ensimmäinen on ammatillisen hoitosuhteen muodostumista, jossa potilas itse on aktiivinen tekijä. Potilaan tuntiessa hänen oikeuksien toteutuvan, paranee myös hänen hoitomyönteisyytensä ja hoitoon sitoutumisensa. Toisena tavoitteena on potilaan tieto-aidon kartuttaminen, jolloin potilas sopeutuu elämään sairautensa kanssa ja saa valmiuksia selvittää sairauden kanssa itsenäisesti. Kolmas tavoite kohdistuu potilaan kokemuksen kärsimyksen poistumiseen tai lievittymiseen. Kärsimys voidaan nähdä fysiologisena, sosiaalisena ja psykologisena tekijänä. Kärsimyksen poistamisella tai lieventämisellä edistetään potilaan hyvää oloa, joka on potilasohjauksen neljäs tavoite. Täydellisen hyvän olon tavoittamista ei kuitenkaan nähdä mahdollisena, ohjauksella hoitaja voi kuitenkin edistää potilaan hyvän olon saavuttamista. (Mattila 2001, 16–19.)

Onnistuneen **potilasohjauksen haasteita** on muun muassa kiireettömän ympäristön luominen, jossa hoitaja ei omalla käytöksellään viestitä potilaalle kiireen olemassa oloa (Ahonen 1994, 108-109; Heikkinen & Laine 1997, 137; Mattila 2001, 22; Ojala & Uutela 1993, 77-78). Tästä syystä hoitajan täytyy kiinnittää huomiota oman kommunikaationsa verbaaliseen (kielelliseen) ja non-verbaaliseen (ilmeet, eleet) ulottuvuuteen (Sundeen ym. 1987, 95; Mattila 2001, 16). Tietoa on annettava potilaalle aina sillä tavalla, että potilas varmasti ymmärtää sen (Kyngäs ym. 2007, 38; Ojala & Uutela 1993, 83).

Vuodeosastoilla vuorovaikutustilanteita syntyy usein ja ennalta-arvaamattomasti, jolloin johdonmukaisen vuorovaikutuksen merkitys korostuu (Mattila 2001, 15). Ei ole myöskään epätavallista, että potilasohjauksen alkuvaiheessa potilas kieltää oman sairautensa, pyrkii torjumaan sen tai syyttää jopa muita sairastumisestaan (Ahonen 1994, 33; Ojala & Uutela 1993, 78; Mönkkönen 2007, 48–49). Onnistuessaan ohjauksen antamisessa hoitaja kykenee aktivoimaan potilaan ottamaan osaa häntä koskevaan keskusteluun ja esittämään kysymyksiä (Mäkelä & Ruokonen & Tuomikoski 2001, 31). Hoitajan täytyy myös kyetä arvioimaan jokaisen potilaan kohdalle sopivat ohjaustavat ja pidättäytyttävä kaavamaisesta ohjaamisesta, sillä tuolloin on suuri todennäköisyys sille, että ohjaus epäonnistuu (Torkkola ym. 2002, 25–27).

Potilasohjaukseen kuuluu oleellisena osana ohjauksen vaikuttavuuden arviointi. Arvioitaessa vertaillaan potilaan ja hoitajan toiminnan tavoitteita ja kuinka näihin tavoitteisiin on päästy. (Kääriäinen ym. 2005b, 29.) **Ohjauksen arvioinnissa** korostuu potilaan oma vastuu hänen sairauden hoidostaan. Esimerkiksi, jos potilas ei jostain syystä kykene

noudattamaan sovittuna hoitolinjoja, niin hänen tulee ottaa oma-aloitteisesti yhteyttä häntä hoitavaan yksikköön ja keskustella mahdollisista ongelmista. (Kyngäs & Menti-
nen 2008, 105.)

Ohjauksen arviointia tapahtuu sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Jos potilas saavut-
taa lyhyen aikavälin tavoitteet, positiivisen arvioinnin ja palautteen myötä hänen mah-
dollisuutensa onnistua myös pitkän aikavälin tavoitteissa kasvaa. On myös muistettava
mahdollisuus tavoitteiden epäonnistumiseen, siinä tilanteessa hoitajan on annettava po-
tilaalle työkalut mahdollisten muutosten suorittamiseksi. (Kyngäs & Menti-
nen 2008, 105-106; Kääriäinen ym. 2005b, 29; Torkkola ym. 2002, 28–29.) Epäonnistuminen
esimerkiksi elintapamuutosten toteuttamisessa voi laskea potilaan itsetuntoa ja aiheuttaa
lisääntyvässä määrin epätoivottua käyttäytymistä. Ohjaajan tulee antaa potilaalle tällai-
sessa tilanteessa kannustusta ja tukea, jotta potilas selviää hänelle asetetuista tavoitteis-
ta. (Alahuhta & Korkiakangas & Kyngäs & Laitinen 2009, 265.)

Ohjaajan antamalla palautteella on potilaan hoitomyönteisyyttä ja motivaatiota paranta-
va vaikutus. Ohjaajan täytyy kyetä antamaan potilaalle rehellistä ja totuudenmukaista
palautetta, mutta ohjaajan ei tule pidättäytyä kriittisen palautteen antamisesta. (Kyngäs
& Hentinen 2008, 107–108.) Ohjauksen arvioinnin jälkeen potilaalla tulisi olla käsitys
siitä missä hän on onnistunut ja mihin asioihin hänen tulee kiinnittää vielä lisää huomio-
ta. Potilasohjaus on silloin onnistunut, kun potilas on saanut tarvittavat tieto-aidot sel-
viytyäkseen sairautensa hoidosta. (Torkkola ym. 2002, 28–29.)

3. DIABETESPOTILAAN POTILASOHJAUKSEN OHJAUS ERITYISPIIRTEET

Käypä hoito suosituksen mukaan (Diabetes – Käypä hoito- suositus, 2011) diabetesta sairastavan potilaan potilasohjauksen keskeisinä tavoitteina ovat elämänlaadun ylläpitäminen ja parantaminen ja siitä aiheutuvien komplikaatioiden ja lisäsairauksien ehkäiseminen. Diabetespotilaan potilasohjauksen muita tavoitteita ovat hyvän hoitotasapainon saavuttaminen, diabeetikon asianmukainen omahoito ja tasapainoinen elämäntyyli (Dunning 2009, 436–437). Vastuu potilasohjauksesta on diabeteshoitajalla ja lääkäriellä, kuitenkin potilaan ollessa itse päävastuussa hoidostaan. Kun potilas kuulee sairastavansa diabetesta, käydään potilasohjauksessa läpi vain sairauden kannalta välttämättömät asiat ja jatkossa tiedon määrää ohjauksessa lisätään potilaan vastaanottokyvyn mukaisesti. (Diabetes – Käypä hoito- suositus, 2011)

Potilasohjaus on yksi keskeisimmistä tekijöistä diabetespotilaan hoidossa. Laadukkaalla potilasohjauksella tuetaan potilaan voimaantumista ja parannetaan hänen mahdollisuuksiaan sairauden hoidossa. (Dunning 2009, 436–437). Diabetespotilaan ohjauksella on myös positiivinen vaikutus potilaan verensokeritasapainoon, painonhallintaan ja verenpaineeseen (Routasalo & Airaksinen & Mäntyranta & Pitkälä 2010, 1919).

Diabeteksen kaksi päämuotoa ovat tyypin I ja II diabetes. Tyypin I diabeteksessa haiman insuliinin tuotanto on loppunut kokonaan, eikä ihminen kykene elämään ilman pistoshoitona toteutettavaa insuliinihoitoa. Tavallisimmin tyypin I diabetekseen sairastutaan alle 35-vuotiaana. Taudin ilmaantuminen vanhuusiällä ei ole kuitenkaan poissuljettua. (Saraheimo 2009, 28.) Suomessa Tyypin I diabeetikoiden osuus kaikista diabetesta sairastavissa on noin 15 % (Koski 2011, 6). Suurin osa suomalaisista diabeetikoista sairastaa tyypin II diabetesta ja he ovat sairastuessaan yleensä yli 35-vuotiaita. Tyypin II diabetekselle altistavia tekijöitä ovat ylipaino ja liikunnan vähäinen määrä. (Saraheimo 2009, 30–31.)

Käypä hoito suositus määrittää **diabetespotilaiden hoitotavoitteet** verensokeri tasapainon, veren rasva-arvojen ja verenpaineen suhteen (liite 1). Veren sokeritasapainoa seuraamalla saadaan tietoa diabeetikon lyhyen ja pitkän aikavälin veren sokerin vaihteluista. Lyhyen aikavälin seurannalla tarkoitetaan paastoglukoosin ja aterian jälkeisen glukoosin seuraamista. (Diabetes - Käypä hoito- suositus, 2012; Kangas 2006, 228.)

Linko & Lampe & Ihalainen & Mäkelä & Sintonen esittävät raportissaan (2005, 37–38.), että tyypin I ja II diabeetikoiden sokeritasapainon seurannalla on positiivisia vaikutuksia potilaan verensokeriarvoihin verrattuna niihin diabetesta sairastaviin jotka eivät suorittaneet verensokerin kontrollointia. Raportissa todetaan myös, että tyypin II diabetespotilaiden potilasohjauksella on sokeritasapainoa parantava vaikutus.

Työikäisellä diabeetikolla tarkoitetaan 16–67- vuotiaita henkilöitä. Suurin osa työikäisistä diabeetikoista sairastaa II tyypin diabetesta. Työikäisellä diabeetikolla on vastuu omasta hoidostaan. Ohjaajan vastuulla on tarvittavien ja riittävien tietojen ja taitojen jakaminen potilaalle. **Työikäisen diabetespotilaan ohjausta** helpottavat selvät numeeriset tavoitteet. Jotta verensokeritasapainon arviointi olisi luotettavaa, ovat kaikki tavoitteet kirjattava ylös. (Pekkonen 2008, 107.)

Työikäisen diabeetikon ohjauksessa on keskusteltava potilaan kanssa ruoan ja painonhallinnan tärkeydestä, sillä 80 prosentilla työikäisistä II tyypin diabeetikoista on myös metabolinen oireyhtymä. Metabolisella oireyhtymällä tarkoitetaan tilannetta jolloin potilaalla on useita diabetekselle altistavia vaaratekijöitä. Näitä tekijöitä ovat kohonnut verenpaine ja paastosokeri ja veren rasva-arvojen kohoaminen. Jo 5-10 %:n painonpudotus parantaa potilaan veren sokeriarvoja. Potilaalle on korostettava, että hän voi syödä lautasmallin mukaisesti, eikä liian tiukoille ruoan säännöstelyille ole tarvetta. Lautasmallin mukaisessa ateriasa puolet lautasesta täytetään kasviksilla ja salaateilla, neljännes perunalla, riisillä tai makaronilla ja viimeinen neljännes lihalla tai kalalla. Tasaisen ateriarhythmin merkitystä hyvän verensokeritasapainon ylläpitämiseksi on myös korostettava, sillä pienien aterioiden tasainen nauttiminen ehkäisee verensokerin heilahtelua. (Heinonen 2009, 36, 121–125, 127, 137; Pekkonen 2008, 107–112; Virkamäki 2009, 36.)

Työikäisen diabeetikon ohjaukseen liittyy myös oleellisesti päihteiden käytöstä keskusteleminen. Alkoholin kohtuullinen käyttäminen on diabeetikolle sallittua. Tarkoittaen, että päivittäinen annosmäärä (14g) ei saa ylittää miehillä kahta ja naisilla yhtä annosta. Tupakointi on diabeetikolle erityisen haitallista, sillä se supistaa verisuonia jaa aiheuttaa vaurioita munuaisissa, silmänpohjissa ja hermostossa. (Ilanne-Parikka 2009, 205–209.) Tietoa tupakoinnin vaarallisuudesta on erittäin paljon saatavilla, ja ne ovat myös ihmisillä tiedossa. Ohjauksessa kannattaa keskittyä tupakoinnin negatiivisten haittavaikutusten sijaan lopettamiseen liittyviin positiivisiin vaikutuksiin. Esimerkiksi naisille voi

korostaa tupakoinnin lopettamisen parantavan ihon kuntoa ja puolestaan miehille voi korostaa positiivisia vaikutuksia erektioon. (Ilanne-Parikka 2009, 207–208; Pekkonen 2008, 112.)

Iäkkäistä diabeetikoista suurin osa sairastaa tyypin II diabetesta. **Iäkkään diabeetikon** hoidossa ja **potilasohjauksessa** on kiinnitettävä huomiota ensisijaisesti potilaan terveydentilaan ja toimintakykyyn, eikä potilaan ikään. Hyväkuntoisen alle 75-vuotiaan muuten terveen ikääntyneen hoitotavoitteet ovat samat kuin nuorempien potilaiden. (Diabetes – käypä hoito suositus; Kuiska & Reini 2008, 137.) Ikääntyneen diabeetikon ohjaus on suunniteltava aina yksilöllisesti ja tavoitteiden on oltava saavutettavissa. Yksi tärkeimmistä tavoitteista on hypoglykemioiden ehkäisy, sillä ne voivat aiheuttaa iäkkäällä sekavuutta ja kaatuilua, joista voi olla kohtalokkaita seurauksia. (Diabetes, käypä hoito suositus; Kuisma & Reini 2008, 138.)

Iäkkään diabeetikon ohjauksessa on huomioitava ikääntymiseen liittyvät mahdolliset fyysiset muutokset, kuten näön ja kuulon heikkeneminen. Ihmiseen ikääntyessä kyky omaksua uutta tietoa voi myös heikentyä, ja siitä syystä iäkkäille diabeetikoille on erityisen tärkeää, että ohjaustilanne on rauhallinen ja ohjaukseen on käytettävissä tarpeeksi aikaa. Ohjaukset on myös oltava riittävästi. (Kuisma & Reini 2008, 137–138.)

Lapsilla havaittu diabetes on lähes aina tyyppiä I, tosin ylipainoisilla nuorilla tavataan myös tyypin II diabetesta. Lasten ja nuorten hoitotavoitteet ovat samat kuin muillakin diabetespotilailla, painottuen normaalin fyysisen ja psyykkisen kasvun ja kehityksen turvaamiseen. (Keskinen 2009, 327–328; Ruusu & Vesanto 2008, 127–128.) **Lasten ja nuorten diabeetikkojen ohjauksessa** on potilaalle annettava tietoa aina siinä määrin, kun hän oman kehitysvaiheensa mukaisesti voi sitä vastaanottaa ja ymmärtää. (Ruusu & Vesanto 2008, 126–127.) Lasten ja nuorten ohjauksessa korostuvat kannustaminen, arvostaminen ja positiivinen palaute (Näntö-Salonen & Ruusu 2007, 8).

Kyngäksen (2005, 53–54, 69) tutkimuksen mukaan on havaittavissa selvä yhteys nuoren diabeetikon verensokeritasapainon ja hoitoon sitoutumisen välillä. Nuoren ollessa sitoutunut omaan hoitoonsa, paranee hänen verensokeritasapainonsa. Tutkimuksen mukaan nuorten jaksaminen on yksi hoitoon sitoutumisen edellytys. Nuorten jaksamista edesauttavat kannustus, tuen saaminen, hyväksi koettu hoitotulos ja se ettei nuorella ole pelkoa diabeteksen aiheuttamista komplikaatioista. Jokainen nuoren diabeetikon potilasoh-

jaus kerta on mahdollisuus tämän tuen antamiseen, ja nuoren diabeetikon hoitotasapainon vahvistamiseen (Näntö-Salonen & Ruusu 2007, 8).

4. POTILASOHJAUKSEN EETTISYYS

Etiikalla tarkoitetaan tiettyä käyttämisen mallia, jota odotetaan tietyn ryhmän edustajilta, kuten esimerkiksi sairaanhoitajilta. Etiikalla pyritään löytämään oppi siitä miten asioiden pitäisi olla ja miten se saavutetaan. Etiikka tutkii myös oikean ja väärän suhdetta inhimillisessä käyttäytymisessä. Sen avulla voidaan luoda tiettyjä toimintamalleja jotka helpottavat esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa ja luovat sille yhdessä lainsäädännön kanssa edellytykset. (Fry 1997, 31; Thompson ym. 2007, 9, 43.)

Sairaanhoitajien toimintaa ohjaavat valtakunnalliset sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on: ”väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua.” (Sairaanhoitajaliitto 2011.)

Muita sairaanhoitajien työtehtäviä määritteleviä asetuksia ovat perustuslakiin määrätyt perusoikeudet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Valtioneuvosto asettaa aina neljäksi vuodeksi kerrallaan valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan jonka tehtävänä on antaa eettisiä suosituksia sekä yhdenmukaistaa ammattikuntien eettisiä käytäntöjä. Eettisiä ohjeita laatimalla myös vahvistetaan hoitotyön ammattikunnan asemaa. (Aadland 1993, 132; ETE-NE 2001, 4-5; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.) Hoitotyön ammattietiikka suojaaa myös sairaanhoitajaa itseään kamppailussa oman arvomaailman ja yleisten eettisten periaatteiden välillä, tarjoten oikeutuksen ammatin harjoittamiseen. (Airaksinen 1992, 20, 134–135).

Eettisen neuvottelukunnan asettamat kuusi **hoitotyön eettistä periaatetta** ovat: oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen avunanto. Yhdessä lainsäädännön kanssa nämä asettavat myös potilasohjaukselle tietyt vähimmäis- sekä laadulliset vaatimukset. Lakien ja asetusten tavoitteena on myös potilasohjauksessa

tietty selkeä tavoite: terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy. (ETENE 2001, 4-6, 15.)

Jotta **potilasohjauksen etiikka** olisi mahdollisimman vahvalla pohjalla, on ohjaajan oltava perehtynyt tutkittuun ja näyttöön perustuvaan tietoon, jonka hän potilasohjauksessa potilaalle välittää. Tutkittuun tietoon perustuva ohjaus antaa ohjauksen asiasisälölle vahvan perustan. (Kyngäs ym. 2007, 154.) Hoitotyössä, kuten esimerkiksi potilasohjauksessa, kohtaavat hyvin usein kaksi vastakkaista eettistä näkökulmaa, hoitotyön ammattihenkilön oma sekä potilaan eettinen näkökulma. Täytyy myös muistaa, että ohjaajan ja ohjattavan kulttuuriset, sosiaaliset ynnä muut sellaiset taustat voivat olla hyvin erilaiset. Ohjaajan täytyy osata kunnioittaa ohjattavan uskonnollista, vakaumusellista sekä kulttuurista erityispiirrettä ja ottaa ne huomioon ohjaustilanteessa. (Fry 1997, 24–25; Backman & Lahtinen & Karhu 2004, 133, 141–142.)

Ohjaustilanteessa onnistuakseen on sairaanhoitajan kyettävä pidättäytymään oman eettisen ajattelun välittämisestä ohjattavalle (Benjamin & Curtis 1992, 11-12; Sundeen ym. 1987, 129). Vastavuoroisesti hoitajan täytyy kyetä pidättäytymään omissa eettisissä näkökulmissaan kahden erilaisen eettisen näkemyksen törmätessä. Tarkoittaen tällä sitä, että sairaanhoitajan työn eettisen perustan täytyy olla niin vahva, ettei sitä voi ulkopuoliset tekijät horjuttaa. Hoitotyö olisi eettisesti kestävämmällä arvopohjalla, jos sitä ohjaisivat esimerkiksi markkinatalouden arvot. (Backman ym 2004, 133, 141–142.)

Se mikä potilaita mahdollisesti ohjaustilanteissa harmittaa, on hoitajien persoonaton olemus ja piiloutuminen tietyn ”naamion” taakse, joka puetaan töihin tullessa. Toisaalta on tärkeää, että työskennellessään hoitoalalla, sairaanhoitajat noudattavat tiettyä ammatillista eettistä lähestymistapaa. Täytyy kuitenkin muistaa, ettei koko persoonaa ja olemusta vaihdeta samalla kun puetaan ylle työvaatteet. Hoitajan oma persoona yhdistettynä hyvään ammatti etiikkaan on omiaan luomaan hyvät edellytykset ohjaustilanteen onnistumiselle. (Aadland 1993, 162; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255.)

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja ongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena on perehtyä potilasohjauksen teoreettiseen taustaan käyttäen aiheeseen liittyvää tieteellistä kirjallisuutta sekä tutkittua tietoa. Tutkimuksessa potilasohjauksen teoria yhdistetään käytännön tutkimukseen, jossa kartoitetaan Lapin Keskussairaalan diabetespoliklinikalla potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta diabetekseen liittyen. Tutkimuksen myötä saatujen tuloksien pohjalta diabeteshoitajat poliklinikoilla sekä sisätautien vuodeosastoilla voisivat kehittää potilasohjaustaan ja kiinnittää huomiota niihin potilaiden esille tuomiin asioihin joista kaivataan enemmän tietoa. Tutkimusongelmat ovat:

1. Mitä asioita potilaat haluavat käydä läpi potilasohjaus-tilanteissa?
2. Miten potilasohjaus kertojen määrä vaikuttaa siihen, kuinka hyväksi potilaat saaman ohjauksen kokevat?

5.2 Tutkimusaineiston hankinta- ja analysointimenetelmät

Tutkimuksen kohderyhmäksi valitsin Lapin keskussairaalan diabetespoliklinikan potilaat. Tutkimukseen vastanneita oli yhteensä 50 potilasta (n=50). Vastaajajoukko oli heterogeeninen, sillä ikä tai sukupuoli ei ollut rajoittava tekijä tutkimukseen osallistumiselle. Potilaita haastateltiin kyselylomakkeen (liite 2) avulla 1.5–30.6.11 välisenä aikana, jonka he halutessaan täyttivät vastaanottokäynnin yhteydessä.

Tutkimussuunnitelman laatiminen aloitettiin keväällä 2011. Tutkimuslupa (liite 3) anottiin konservatiivisen tulosalueen ylilääkäriltä keväällä 2011 ja heti kun lupa myönnettiin, aloitettiin tutkimuksen tekeminen. Kyselylomakkeita oli mahdollista täyttää diabetespoliklinikalla touko- ja kesäkuun ajan. Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen tutkimus. Kysely oli strukturoitu, eli kysymykset olivat suljettuja kysymyksiä. Tutkimusaineistoa havainnollistan kaavioiden avulla.

5.3 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyön työstäminen on alkanut jo periaatteessa siitä hetkestä lähtien, kun ensimmäisessä käytännön harjoittelussani pääsin seuraamaan diabeteshoitajan vastaanottoa. Käytännön toteutusta mietin syksyllä 2010, kun jätin hyväksyttäväksi opinnäytetyön aineiston keruun lupa-anomuksen. Tutkimussuunnitelman tein alkuvuodesta 2011. Samalla kun tein tutkimussuunnitelmaa niin olin käytännön harjoittelussa Lapin keskussairaalassa sisätautiosastolla 5A, jossa ovat myös tuoreet diabeetikot. Kyseisen harjoittelun aikana tein tiedustelua kyseisellä osastolla ja diabetespoliklinikalla tarpeesta kyselytutkimukselle.

Niin osastolta kuin diabetespoliklinikalta kannustettiin työn tekemiseen. Henkilökunta oli itsekkin kiinnostunut kuulemaan tutkimustulokset ja kehittämään omaa toimintaansa sen perusteella. Kevään aikana otin yhteyttä konservatiivisen tulosalueen ylihoitajaan Tarja Kainulainen-Liitiin ja hänen kanssaan teimme hankkeistamissopimuksen (liite 4) opinnäytetyölleni. Tämän jälkeen hain kirjallisesti vielä lupaa tutkimukselle konservatiivisen tulosalueen ylilääkäriltä Erkki Kiviniemeltä. Kaikki luvat saatuani käynnistin itse tutkimuksen.

Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeilla diabetespoliklinikan vastaanoton yhteydessä. Alkuperäisenä suunnitelmana oli saada tutkimusaineistoksi 100 kappaletta täytettyjä kyselylomakkeita. Suunnitelmasta poiketen kyselylomakkeiden täyttäminen sujui odotettua hitaammin. Tähän oli syynä muun muassa henkilökunnan sairaslomat. Jouduinkin anomaan tutkimukselle jatkoaikaa sillä toukokuun aikana ei tarvittavaa määrää haastatteluja ollut tehtynä. Kesäkuun loppuun mennessä 50 kyselylomaketta oli täytetty. Tämän jälkeen tapahtui tulosten analysointi ja raportin kirjoittaminen.

6. TUTKIMUSTULOKSET

Kyselylomakkeita jaettiin diabetespoliklinikalle yhteensä 50 kappaletta, jotka kaikki palautettiin täytettynä. Tietoa vastanneiden määrästä suhteessa poliklinikalla käyneisiin potilaisiin ei kuitenkaan ole käytettävissä.

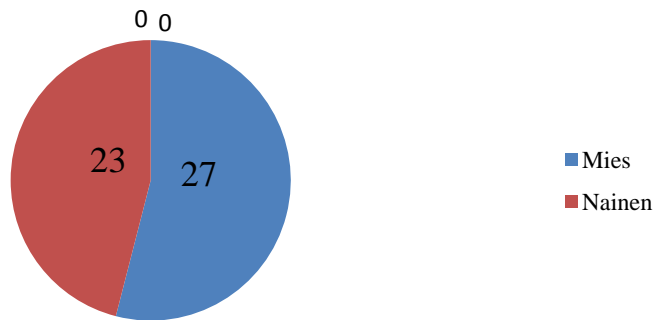
6.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeessa kysyttiin ensimmäiseksi potilaan ikä ja sukupuoli. Vastaajia oli yhteensä 50 kappaletta joista miehiä oli 54% (n=27) ja naisia 46% (n=23). Vastaajien ikä vaihteli 19- ja 68-vuoden välillä. Alla olevaan kaavioon vastaajat ovat jaettu kolmeen eri ikäluokkaan. Ikäluokkia on kolme siitä syystä, että tutkimustulosten graafinen esittäminen on näin selkeää.

Ikä	kpl	%
19-35v.	16	32
36-52v.	21	42
53-68v.	13	26
Yhteensä	50	100

Taulukko 1. Vastaajat ikäluokittain.

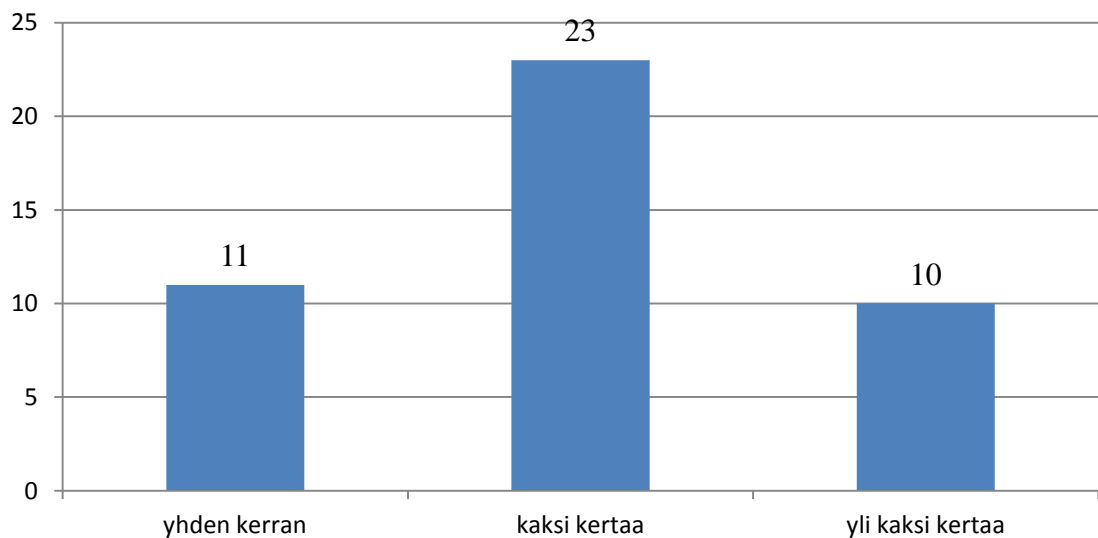
Sukupuolijakauma (kpl)



Kysymys numero 2

Kolmantena kysymyksenä oli ohjauskertojen määrä viimeisen vuoden aikana. 46 % (n=23) potilaista oli käynyt ohjauksessa viimeisen vuoden aikana kaksi kertaa. Yhden kerran käyneitä oli 22% (n=11) ja yli kaksi kertaa käyneitä oli 20% (n=10). Kuudelle (6) potilaalle ohjauskerta oli ensimmäinen.

OHJAUSKERTOJEN MÄÄRÄ VIIMEISEN VUODEN AIKANA (KPL)



Kysymys numero 3

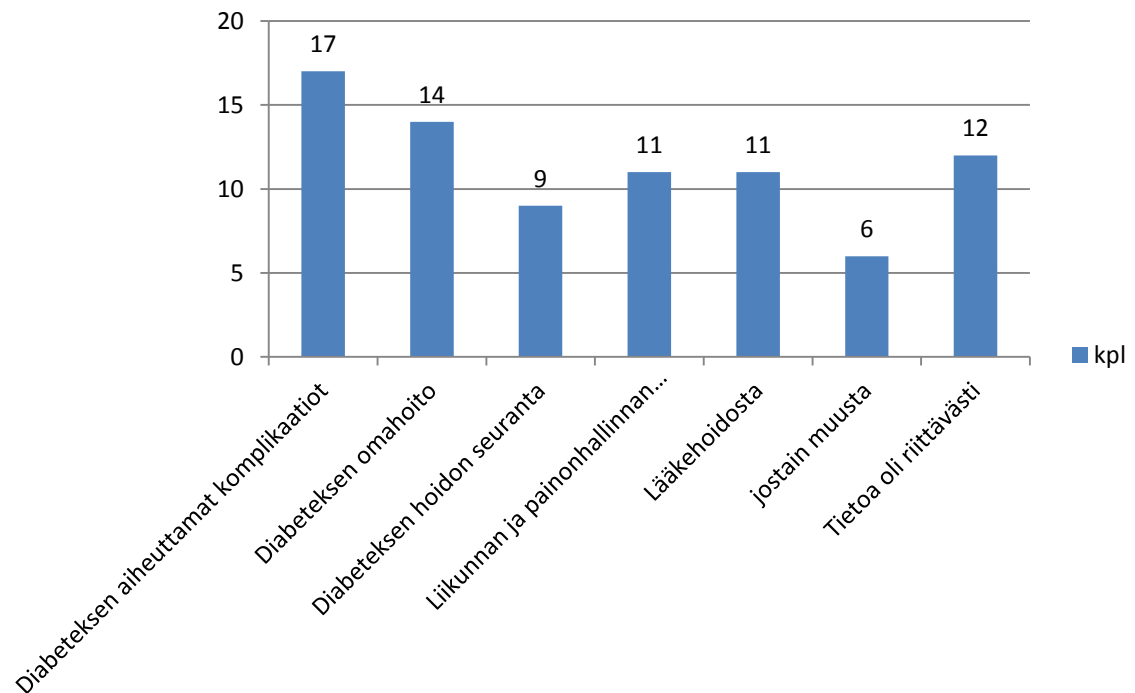
6.2 Tutkimustulosten analysointi

Neljännessä kysymyksessä kartoitin sitä tilannetta kun potilas oli saanut diabetes diagnosoisin. Neljäs kysymys oli: ”Muistele sitä tilannetta kun kuultu sairastavasi diabetesta. Mistä asioista olisitte silloin toivonut saavanne enemmän tietoa?”. Kysymykseen oli mahdollisuus valita monta vaihtoehtoa, mistä johtuen vastausten määrä ylittää vastaajien määrän.

24 % vastaajista (n=12) ei kaivannut ensimmäiseen ohjauskertaan enempää tietoa. Muiden vastaajien kohdalla vastaukset jakautuvat suhteellisen tasaisesti kaikkien vaihtoehtojen välille. Kuitenkin yksi vaihtoehto nousee esiin, nimittäin ”diabeteksen aiheuttamat komplikaatiot”. Jos tarkastellaan niitä lomakkeita joihin vastaaja on valinnut vain yhden vaihtoehdon, on komplikaatiot vaihtoehdoista suosituin (n=7) sen ollessa myös kokonaisuudessaan tiedon alue josta potilaat haluavat tietää enemmän. Kaiken kaikkiaan 34% vastaajista (n=17) valitsi vain yhden vaihtoehdon.

28 % vastaajista (n=14) valitsi vaihtoehdoista kaksi. 12 % vastaajista (n=6) valitsi vaihtoehdoista 3 tai useamman.

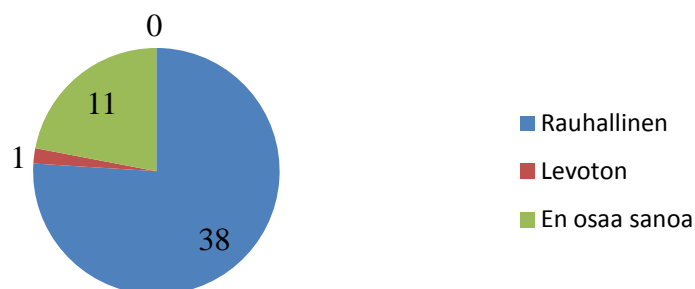
Ensimmäisen ohjauskerran jälkeen enemmän tietoa(kpl)



Kysymys numero 4

Seuraavassa kysymyksessä selvitettiin vastaajien kokemuksia ohjausympäristöstä ensimmäisellä kerralla. Vain yksi vastaaja koki ohjausympäristön levottomaksi. Suurin osa, eli 76 % (n=38) vastaajista on kokenut ohjausympäristön rauhalliseksi. Yksitoista vastaajaa ei osaa sanoa.

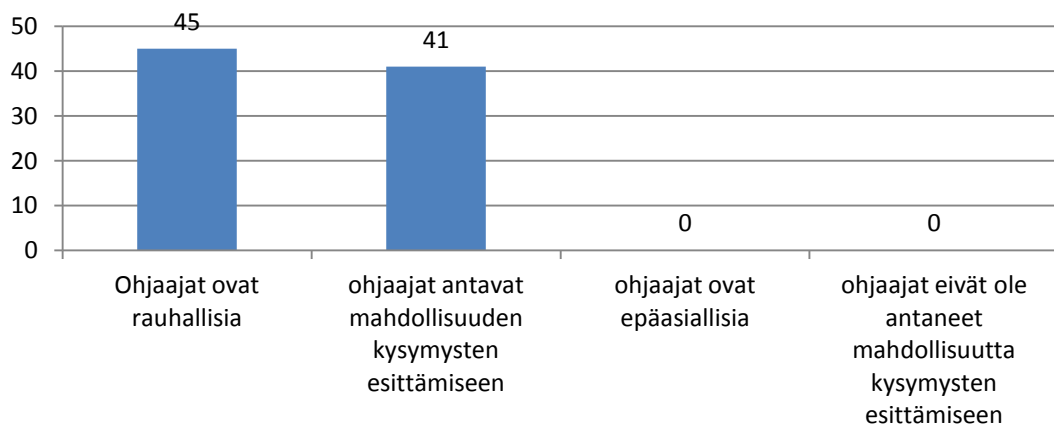
Millainen ohjausympäristö oli ensimmäisellä kerralla? (kpl)



Kysymys numero 5

Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin potilaiden suhtautumista ohjaavaan henkilökuntaan. Suurin osa, 72 % (n=36), vastaajista kokee ohjaavan henkilökunnan rauhalliseksi ja sellaiseksi, että henkilökunta antaa mahdollisuuden kysymysten esittämiseen. Kuitenkin pieni joukko vastaajia (n=5) ei koe ohjaavaa henkilökuntaa rauhalliseksi, vaikkakin mahdollisuus kysymysten esittämiseen on. Puolestaan yhdeksän vastaajaa eivät koe, että heillä olisi mahdollisuus esittää kysymyksiä. Erikoista on, että kukaan näistä yhdeksästä edellä mainitusta vastaajasta ei kuitenkaan valinnut lomakkeesta kohtaa ”ohjaajat eivät ole antaneet mahdollisuutta kysymysten esittämiseen”. Kukaan vastaajista ei kokenut henkilökuntaa epäasialliseksi.

Millaisena koet ohjaavan henkilökunnan (kpl)

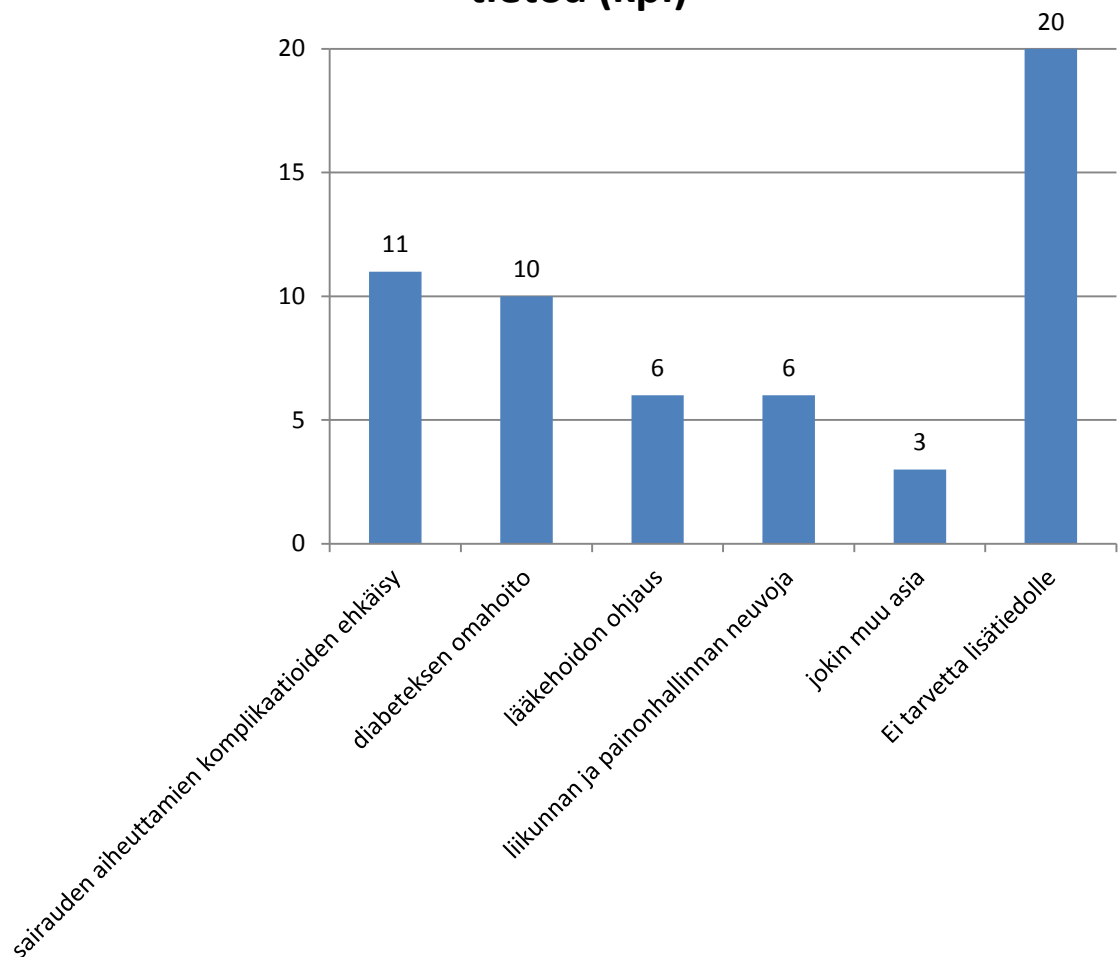


Kysymys numero 6

Seitsemänteen kysymykseen 4 vastaajaa jätti vastaamatta. Vastausprosentti oli näin ollen 92 %. Jos vertaillaan nyky hetkeä ja sitä tilannetta kun vastaaja on kuullut diagnoosin, niin voidaan huomata niiden vastaajien määrän lisääntyneen, joilla ei ole lisä tiedon tarvetta diabetekseen liittyen. Myös ainoastaan yhden vastausvaihtoehdon valinneiden määrä nousi hiukan, yhdeksääntoista, sen ollessa alkutilanteessa 17. Yksittäisen vaihtoehdon valinneista edelleen suurin osa (n=6) haluaisi enemmän tietoa diabeteksen aiheuttamista komplikaatioista ja niiden ehkäisystä, samaan tapaan kuin ensimmäisellä ohjauskerralla.

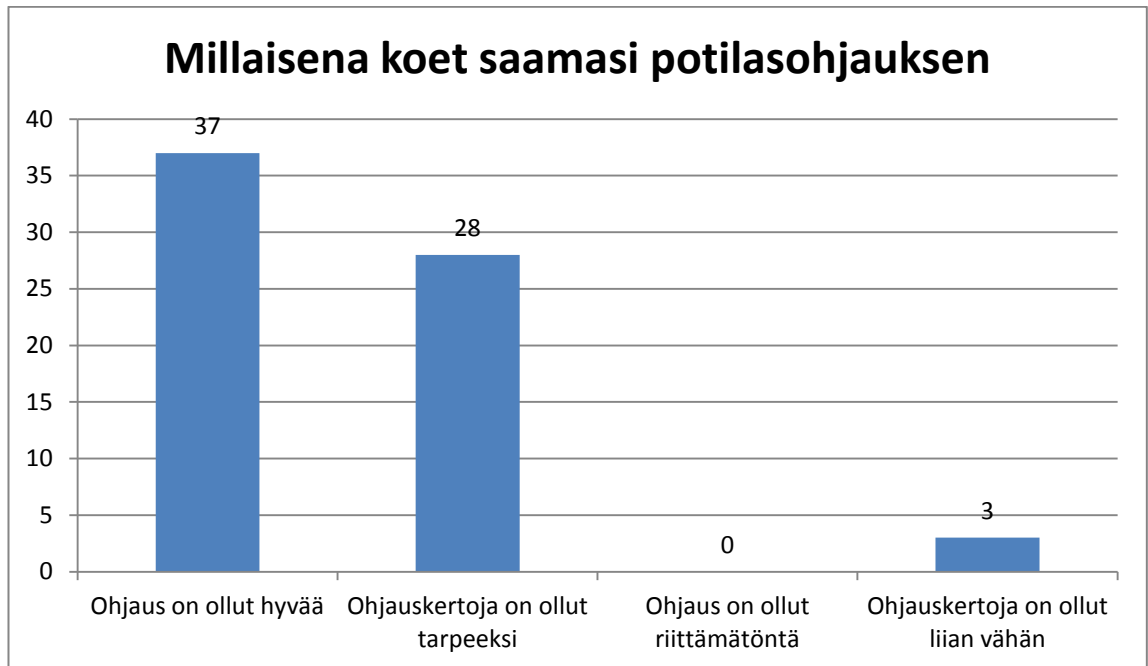
Merkittävä ero ensimmäiseen ohjauskertaan ja nyky hetkeen tulee siinä, että kukaan vastaajista ei valinnut useampaa kuin kahta vaihtoehtoa. Samalla kuin useamman vaihtoehdon valinneiden määrä putosi kahdestakymmenestä kahdeksaan.

Asiat joista potilaat haluavat enemmän tietoa (kpl)



Kysymys numero 7

Viimeiseen kysymykseen, jossa kysyttiin haastateltavien mielipidettä ohjauksesta ja ohjauskertojen määrästä, on viisi haastateltavaa jättänyt vastaamatta, vastausprosentin näin ollen 90 %. Vastaajista 82.2 % (n=37) kokee potilasohjauksen hyväksi. Ohjauskertojen määrän kokee riittäväksi 62.2 % (n=28) vastaajista. Kuitenkin vain 6.7 % (n=3) vastaajista haluaa ilmaista tyytymättömyytensä ohjauskertojen määrään. Kukaan vastaajista ei ole pitänyt ohjausta riittämättömänä, toisaalta 17.8 % (n=8) vastaajista ei ole kertonut ohjauksen olevan hyvää.



Kysymys numero 8

7. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen pääongelmat: Mitä asioita potilaat haluavat käydä läpi potilasohjaus-tilanteissa, ja miten potilasohjaus kertojen määrä vaikuttaa siihen, kuinka hyväksi potilaat saamansa ohjauksen kokevat. Tätä asiaa tutkimuksessa kartoitettiin kysymällä potilaiden mielipidettä ensimmäisestä ohjauskerrasta ja nykyisistä potilasohjauksista. Tutkimuksessa selvitettiin myös ristiintaulukoinnin avulla ovatko potilaiden mielipiteet potilasohjauksesta parempia jos heillä on useampia ohjauskertoja vuoden aikana. Kysymykset olivat suljettuja kysymyksiä, joihin potilas pystyi valitsemaan tarvittaessa usean vaihtoehdon.

7.1 Potilaiden tiedonhalu ensimmäisessä ohjauksessa

Kysymyksessä numero 4 kartoitettiin potilaiden tiedonhalua ensimmäisellä ohjauskerralla, ja sitä mihin he haluaisivat kiinnittävän enemmän huomiota ohjauksessa. Ne jotka eivät olleet vastanneet tähän kysymykseen (24 %) tulkitseen, että heidän saamansa ohjaus on ollut tarpeeksi kattavaa ja monipuolista, eikä heidän mielestään tarvetta lisätiedolle silloin ollut.

Kun tarkastellaan kysymystä ensimmäisellä potilasohjauskerralla esiin tulevista asioista näyttää siltä, että potilaat haluaisivat enemmän tietoa diabeteksen aiheuttamista komplikaatioista. Se oli suosituin vaihtoehto kun tarkastellaan sekä sitä joukkoa joka valitsi vain yhden vaihtoehdon, että usean vaihtoehdon valinnoita. Muuten vastaukset jakautuivat suhteellisen tasaisesti eri vaihtoehtojen välille.

Tässä kysymyksessä potilailla oli mahdollisuus kirjoittaa itse sellaisia asioita joihin heidän mielestään täytyisi kiinnittää enemmän huomiota. Yhteensä 12 % (n=6) vastaajista halusi nostaa esille sellaisia näkemyksiä mitä valmiissa vastausvaihtoehdoissa ei ollut annettu. Kahden vastaajan vastaukset olivat seuraavanlaiset: toinen halusi tietoa psyykkisestä puolesta ja toinen vastaaja mietti vanhempien vertaistukea.

Diabeteksen hoidossa on sairaanhoitajan ammattiosaamista kiinnittää huomiota potilaan tilanteeseen kokonaisvaltaisesti, ottaen potilaan psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen nä-

kökulman huomioon. Potilaan vastatessa siten, että hän haluaa psyykkisestä puolesta enemmän tietoa, voi vetää johtopäätöksiä, että tätä ulottuvuutta ei ole hoitotyössä silloin huomioitu. Taudin diagnosointi vaiheessa olisi hyvä kartoittaa myös potilaan psyykkinen puoli, sillä diabetes on sellainen sairaus josta ei voi parantua, ja potilaita voi pelottaa kyseisen diagnoosin kuuleminen. Psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatio olisikin suositeltavaa.

Toinen vastaaja oli sairastunut diabetekseen jo lapsena ja hän pohti vanhempien mahdollista vertaistuen tarvetta. Vastaaja kiinnitti huomiota siis hoidon tarpeen määrittämisessä sosiaaliseen puoleen, hänen pohtiessaan vanhempien jaksamista.

7.2 Potilaiden kokemukset ohjaavasta henkilökunnasta

Kysyttäessä potilaiden mielipidettä ohjaavasta henkilökunnasta 90 % (n=45) vastaajista kokee ohjaavan henkilökunnan rauhalliseksi, mutta kuitenkin vain 82 % (n=41) vastaajista kokee, että heillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä. Kääriäinen ym. (2005a, 13–14) on tullut tutkimuksessaan samankaltaiseen johtopäätökseen, sillä myös heidän tutkimuksessa potilaat kokivat ohjaustilanteissa puutteita mahdollisuudesta kysymysten esittämiseen. Tässä piilee ohjaustilanteiden vaara. Potilaalla täytyisi olla ehdottomasti tunne siitä, että hän voi esittää tarvittavia kysymyksiä ja sitä kautta osallistua omaan hoitoonsa. On mahdollista, että ero vastaajien mielipiteessä rauhallisuuden ja kysymysten esittämisen välillä pohjautuu autoritääriseen ohjaamisen malliin. Hoitaja on siis kylä rauhallinen, mutta hän omalla auktoriteetillään sulkee pois potilaan vaikuttamismahdollisuudet hoito-ohjaus tilanteessa. Kaikissa potilas-ohjaus tilanteissa täytyy muistaa ja ylläpitää tasavertaista suhdetta potilaan ja hoitajan välillä (Silvennoinen 2004, 15-17; Sundeen ym. 1987, 127.)

Pieni joukko (10 %) vastaajia (n=5) ei koe ohjaavaa henkilökuntaa rauhalliseksi, vaikkakin mahdollisuus kysymysten esittämiseen on. Kyseisten vastaajien kohdalla on mahdollisuus siihen, että esimerkiksi kiireen aistiminen potilastyössä saa potilaat tuntemaan, että henkilökunta ei ole rauhallista. Vaikka kiireettömän ilmapiirin luominen on ensiarvoisen tärkeää kaikenlaisessa potilastyössä. (Ahonen 1994, 108–109; Heikkinen & Laine 1997, 137; Mattila 2001, 22; Ojala & Uutela 1993, 77-78.)

7.3 Potilaiden tiedonhalu tällä hetkellä

Kun vertaillaan kysymystä numero 7 ja kysymystä numero 4, niin voidaan todeta, että potilaiden tiedollinen taso diabetekseen liittyen on kasvanut. Tämän todistaa selvästi se, että niiden vastaajien määrä, jotka eivät vastanneet kysymykseen, on noussut 19,5 prosenttiyksikköä. Tulkitseen vastaamatta jättämisen siten, että potilaalla on riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Vertailtaessa tiedon halua alkutilanteessa ja nyky hetkessä voidaan todeta, että kaksi merkittävintä asiaa, joista potilaat haluaisivat saada enemmän tietoa ovat samat: diabeteksen aiheuttamien komplikaatioiden ehkäisystä ja omahoidosta. Näitä kahta asiaa kannattaa diabetespotilaan hoito-ohjauksessa edelleen painottaa.

Kun tarkastellaan sitä joukkoa vastaajista joilla ei ole tällä hetkellä enää lisä tiedon tarvetta, ja suhteutetaan vastaukset ohjauskertojen määrään viimeisen kuluvan vuoden aikana, voidaan todeta seuraavaa: jos ohjauskertoja on ollut ≥ 2 , niin tästä joukosta 16 (45%) vastaajaa ei näe tarvetta lisä tiedoille. Puolestaan ohjauskertojen määrän ollessa $2 >$ mutta ≥ 0 niin silloin 6 (40 %) vastaajaa ei koe tarvetta lisä tiedoille. Ero on vain 5 prosenttiyksikköä eli hyvin pieni.

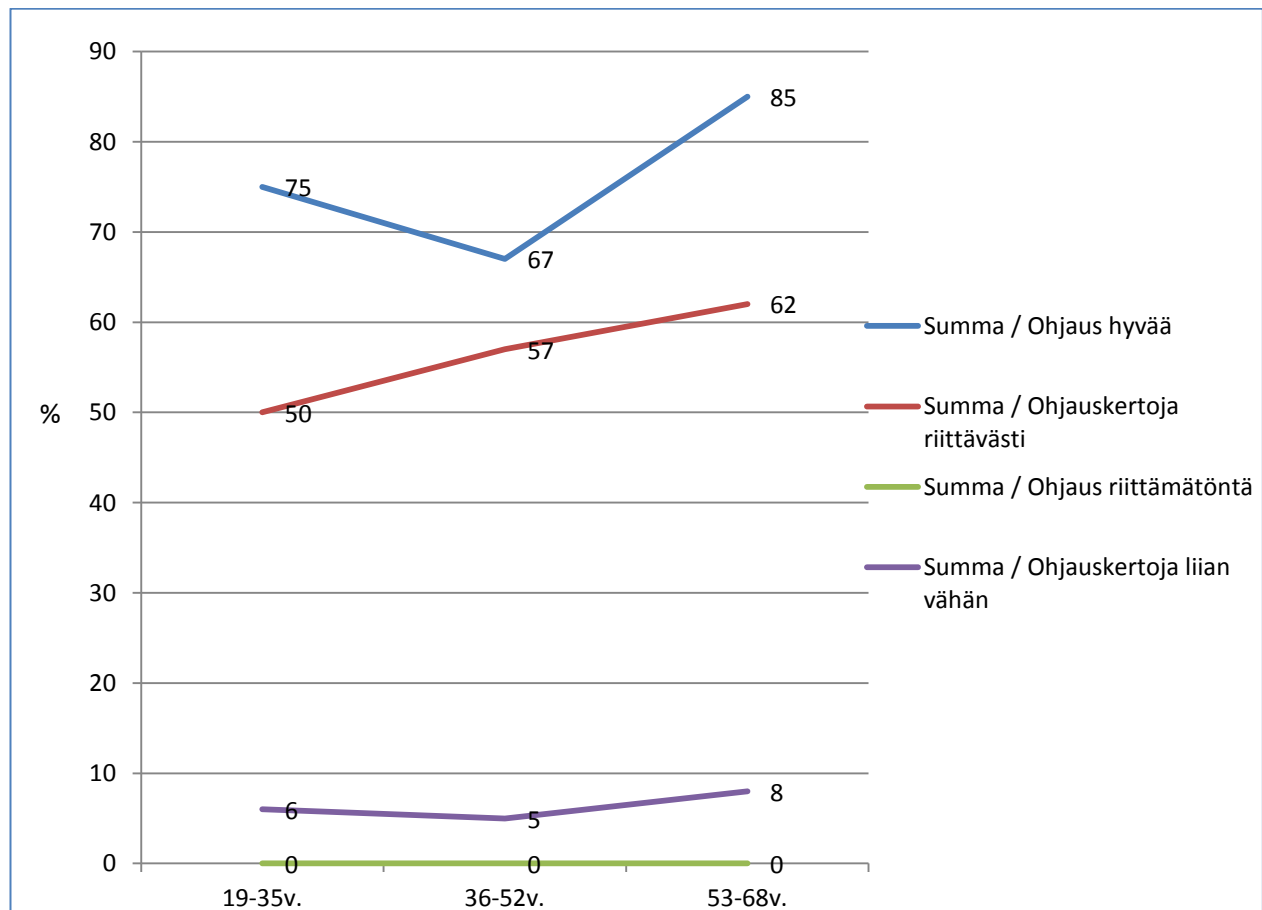
7.4 Potilaiden kokemukset ohjauksesta

Enemmistö tutkimukseen vastaajista ovat tyytyväisiä saamastaan potilasohjauksesta. Samaa ei voida todeta tyytyväisyydestä ohjauskertojen määrään, sillä vain 62.2 % vastaajista on tähän tyytyväisiä. Kuitenkaan kukaan vastaaja ei arvioinut ohjausta riittämättömäksi. Kääriäinen (2007) on omassa tutkimuksessaan tullut samaan johtopäätökseen ohjauksen riittävyyden, tässä tapauksessa ohjauskertojen määrän, osalta. Kääriäisen tutkimuksessa 66 % vastaajista koki saaneensa riittävästi ohjausta ennen sairaalaan tuloa.

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa ei voi olla huomaamatta sitä kuinka potilasohjaus käyntien määrä on suhteessa siihen ovatko potilaat tyytyväisiä ohjauskertojen määrään. Niistä vastaajista jotka vastasivat, että ohjauskertoja on ollut tarpeeksi, heistä 71.4 % (n=20) yli käynyt ohjauksessa kaksi tai yli kaksi kertaa viimeisen vuoden aikana.

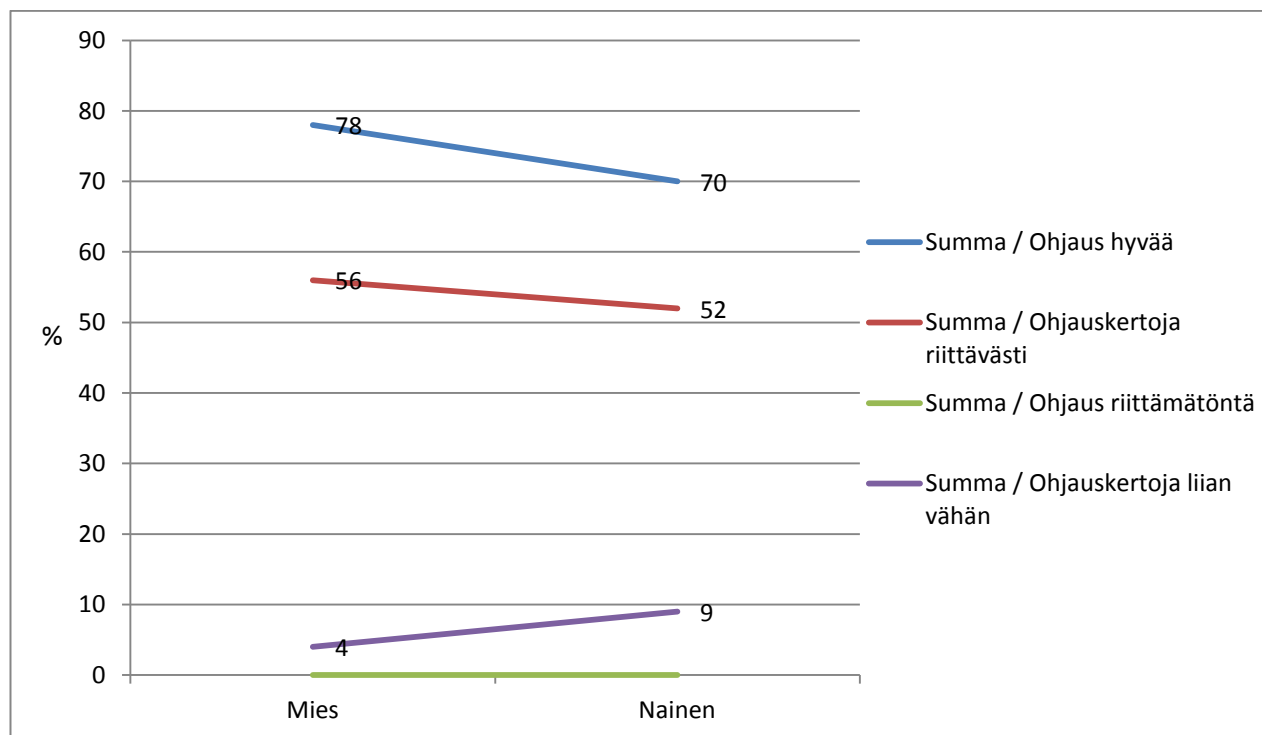
Toinen yllättävä tutkimustulos löytyy kun tarkastellaan sitä joukkoa, joka ei vastannut ohjauksen olevan hyvää. Nimittäin tästä joukosta 96.5 % (n=7) oli käynyt potilasohjauksessa kaksi tai yli kaksi kertaa viimeisen vuoden aikana. Eli kun potilas käy useasti potilasohjauksessa niin hänen tyytyväisyytensä ohjauskertoihin kasvaa, mutta ohjauksen laatuun laskee.

7.5 Potilaan iän vaikutus kokemukseen potilasohjauksesta



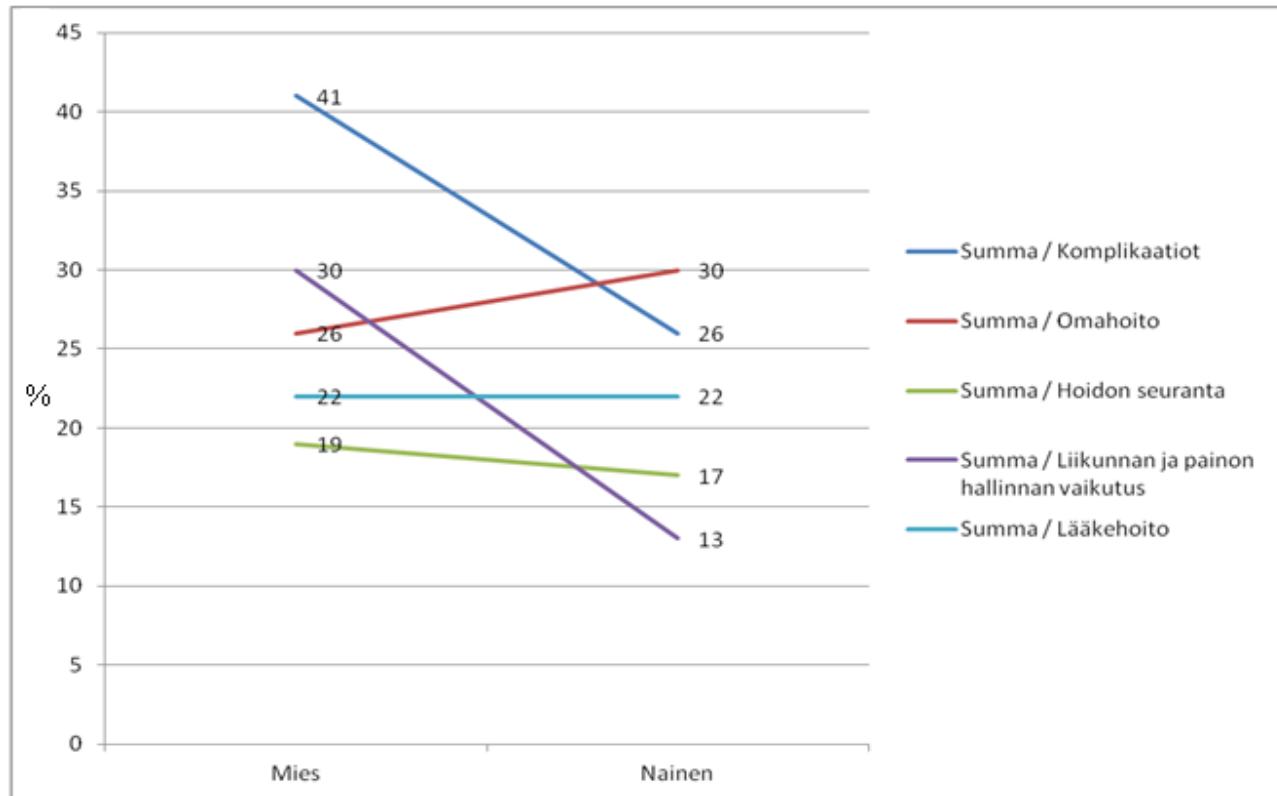
Kaikista tyytyväisin saamaansa potilasohjaukseen on 53-68- vuotiaiden joukko. Siitä joukosta 85% vastaajista kokee saamansa potilasohjauksen hyväksi. Kolmesta ikäryhmästä 36-52- vuotiaat ovat tyytymättömmimpiä saamaansa ohjaukseen, sillä vain 67% vastaajista kokee saamansa potilasohjauksen hyväksi. Kaikki ikäryhmät kokevat selvästi ohjauskertojen määrän liian vähäiseksi, vastausprosenttien asettuessa 50-62 %:in välille.

7.6 Potilaan sukupuolen vaikutus kokemukseen potilasohjauksesta



Sukupuolella ei näytä saatujen tuloksien mukaisesti olevan suurta merkitystä siihen, miten potilaat kokovat saamansa potilasohjauksen. Miehistä 78 % ja naisista 70 % kokee saamansa ohjauksen hyväksi. Ohjauskertojen määrään on tyytyväisiä miehistä 56 % ja naisista 52 % vastaajista. Näin ollen erot miesten ja naisten välillä ovat pieniä, miesten ollessa hieman tyytyväisempiä potilasohjaukseen.

7.7 Potilaiden sukupuolen vaikutus tiedonhaluun



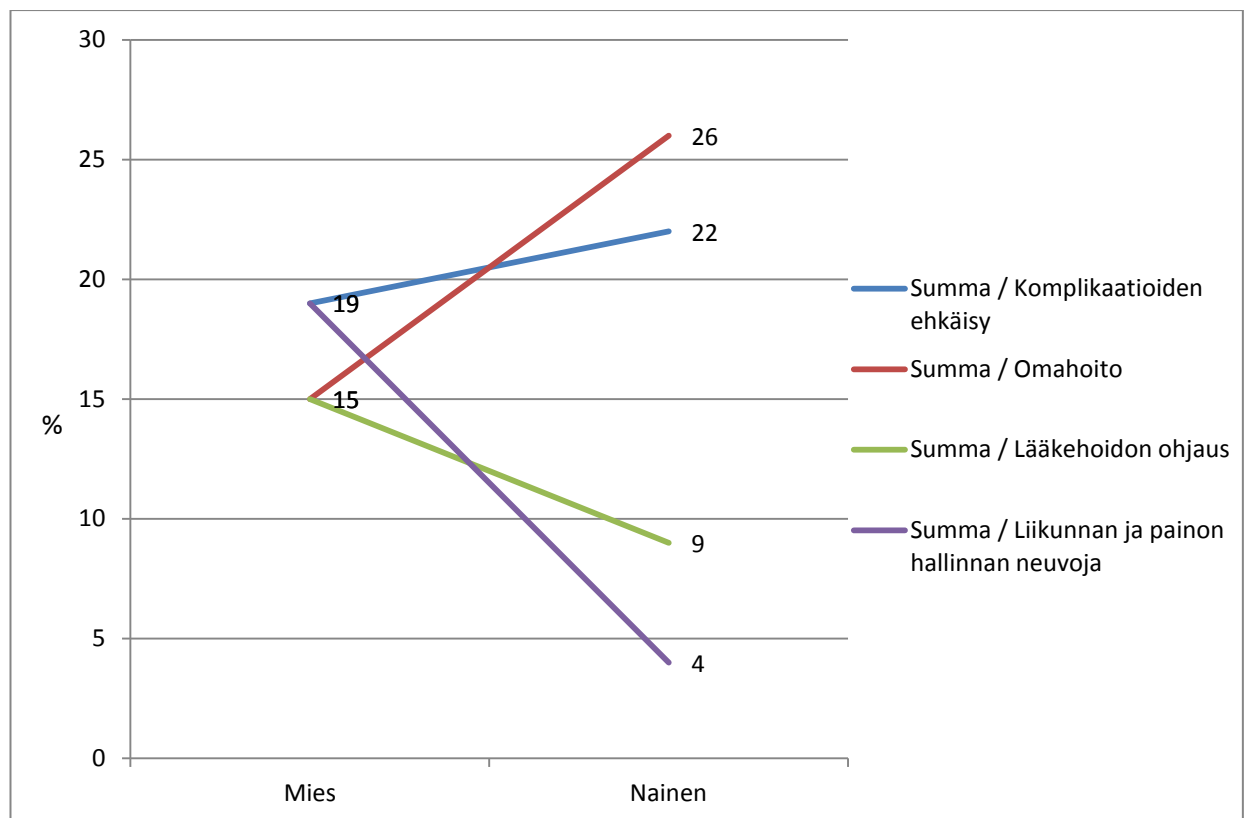
Potilaiden tiedonhalu ensimmäisen potilasohjauksen jälkeen

Verrattaessa miesten ja naisten tiedonhalua ensimmäisen potilasohjauksen jälkeen, voidaan havaita eroja sukupuolten välillä. Miehistä 41 % olisi halunnut ensimmäisen potilasohjauksen jälkeen enemmän tietoa diabeteksen aiheuttamista komplikaatioista. Kun vastaavasti naisilla kyseinen osuus on 26% vastaajista. Toinen merkittävä ero sukupuolten välillä on tiedonhalu liikunnan ja painon hallinnan vaikutuksesta diabeteksen hoitoon. Miehistä 30 % olisi halunnut lisää tietoa tästä asiasta ensimmäisen ohjauksen jälkeen, kun taas vastaava luku naisten osalta on vain 13 %.

Miehillä kaksi suurinta tiedonhalun kohdetta ensimmäisen ohjauksen jälkeen olivat sairauden aiheuttamat komplikaatiot ja liikunnan ja painon hallinnan vaikutus diabeteksen hoidossa. Verrattaessa ensimmäisen ohjauksen jälkeistä tilannetta tämän hetken tilanteeseen voidaan todeta, että miesten kaksi tiedonhalun kohdetta ovat edelleen komplikaatiot ja liikunnan ja painonhallinnan neuvot.

Verrattaessa naisten tiedonhalua ensimmäisen ohjauksen ja tämän hetken tilanteen välillä, voidaan todeta samanlainen tulos kuin miesten osalta. Naisilla kaksi suurinta tiedonhalun kohdetta ovat täysin samat tällä hetkellä kuin ensimmäisen ohjauksen jälkeen.

Verrattaessa näitä kahta taulukkoa toisiinsa voi todeta, että potilaiden tiedonhalu on ainakin prosettiosuuksilla mitattaen laskenut. Toisin sanoen osa potilaista on saanut potilasohjauksessa tietoa niistä asioista joista he ovat halunneet tietoa saada. Potilasohjauksella on kyetty näiden tulosten valossa vahvistamaan potilaiden tietotaitoa diabeteksen hoidossa. Kääriäisen ym. (2005a, 13) tutkimuksessa on tultu samanlaiseen johtopäätökseen. Heidän tutkimustulosten perusteella 68 % vastaajista kokivat saadulla potilasohjauksella olleen paljon vaikutusta heidän sairauden hoidossaan.



Potilaiden tiedonhalu tällä hetkellä

8. POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota tutkimuksen validiteettiin (pätevyyteen) ja reliabiliteettiin (luotettavuuteen). Pätevyydellä tarkoitetaan käytetyn mittarin kykyä vastata tutkimuksessa esitettyyn tutkimusongelmaan. Tutkimuksessani käyttämä mittari kattaa hyvin ne ongelmat joihin alun perin haluttiin kiinnittää huomiota, sillä mittarissa on kaikki tarvittavat kysymykset tutkimusongelmien selvittämiseksi. Yksi pätevyyden vaatimus on myös se, että mittarissa käytettävissä kysymyksissä ei jää vastaajalle mahdollisuutta tulkita kysymystä muuten kuin tutkija on asian ajatellut. Mittarissani käytetyt kysymykset eivät jättäneet sijaa vastaajan omille tulkinnoille, joten mittarin voidaan todeta olevan pätevä. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa huomio kiinnittyy siihen, että vastaajien vastaukset ovat eissattumanvaraisia. Tarkoittaen, että jonkin toisen tutkijan toimesta tehty samanlainen tutkimus antaa yhtenevät tulokset tutkijasta riippumatta. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2009, 216–218; Vilka 2009, 161-162.)

Tutkimuksessa käytettyä mittaria ei testattu etukäteen, mutta se ei kuitenkaan heikennä tutkimuksen luotettavuutta, koska käytetty mittari joutui kriittisen tarkastelun kohteeksi neljän ammattilaisen toimesta, opinnäytetyön ohjaajien, Lapin keskussairaalan konservatiivisen tulosalueen ylihoitajan ja ylilääkärin tarkastaessa sen ennen käyttöön ottoa. Kysymykset olivat myös helposti ymmärrettäviä ja vastaus vaihtoehtoja oli kattavasti. Kaikkien mittarissa käytettyjen kysymysten vastausprosentti oli erittäin hyvä, joka vahvistaa myös osaltaan tutkimus tulosten luotettavuutta.

Opinnäytetyön lähdekritiikkiin olen koko prosessin ajan kiinnittänyt erityistä huomiota. Työhön on valittu vain tieteellisesti päteviä lähteitä, pyrkien myös valitsemaan kirjallisuudesta vain ajankohtaisimmat julkaisut. Olen työssäni käyttänyt runsaasti ajankohtaista tutkimustietoa, ja vertaillut eri tutkimusten tuloksia toisiinsa. Tutkimuksen otos jäi tavoitellusta 100 kappaleesta 50 kappaleeseen. Vaikka tutkimuksen luotettavuus olisi parantunut suuremmalla otoksella, niin vastauslomakkeita analysoitaessa täytyy huomioida luotettavuutta parantavana tekijänä se, että lomakkeet olivat hyvin täytettyjä, eli ne antavat luotettavan kuvan vastaajista (Vilka 2009, 80). Suurempi otanta olisi mahdol-

listanut tutkimus tulosten yleistämisen, mutta nyt voidaan tulosten pohjalta puhua paikallisesta otannasta. Missään vaiheessa tutkimukseen osallistuvien joukkoa ei pyritty rajaamaan, joten tutkimustuloksia analysoitaessa on mukana eri ikäryhmien ja sukupuolien edustajia.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta tehtäessä on sen jokaisen vaiheen oltava tieteellisen käytännön mukaisia ja käytännön noudattaminen velvoittaa kaikkia tutkimuksen tekijöitä. Hyvällä käytännöllä tarkoitetaan tutkijan käyttämiä tiedonhankinta menetelmiä, niiden täytyy olla tiedeyhteisön hyväksymiä, menetelmät ovat eettisesti kestäväällä pohjalla. Tutkimusetiikka on pohjana hyvälle tieteelliselle käytännölle, sillä se korostaa yleisiä tutkijaa sitovia sääntöjä suhteessa hänen työtovereihinsa. (Vilka 2009, 29–30.) Ennen tutkimuksen aloittamista hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti jouduttiin hakemaan tutkimuslupa Lapin keskussairaalan konservatiivisen tulosalueen ylilääkäriltä ja ylihoitajalta. Vasta luvan saamisen jälkeen aloitettiin tutkimuksen tekemisen.

Eettisyys ja eettinen ajattelu olivat tässä tutkimuksessa koko ajan läsnä. Haastattelulomaketta suunniteltaessa kiinnitettiin huomiota haastateltavien anonymiteettiin ja yksityisyyden suojaan. Lomakkeista saatuja tietoja ei voida mitenkään yhdistää kehenkään, sillä siinä ei kysytty nimeä tai muita tarkentavia henkilötietoja. Myös tutkimukseen vastaaminen oli täysin vapaaehtoista jonka saatekirjeessäni toin selvästi esille. Lomakkeen täyttäminen katsotaan tässä tapauksessa haastateltavan suostumukseksi käyttää häntä koskevia tietoja tutkimuksen tekemiseen, joten henkilötietolain asetukset täyttyvät siltä osin. (Mäkinen 2006, 146.)

Opinnäytetyötä tehtäessä on kiinnitetty erityistä huomiota käytettyihin lähteisiin ja ennen kaikkea lähdemerkintöjen tarkkuuteen ja täsmällisyyteen. Kaikista opinnäytetyössä käytetyistä lähteistä on asianmukaiset merkinnät. Opinnäytetyö tulee olemaan julkaisun jälkeen kaikkien luettavissa ja käytettävissä.

8.3 Kokemukset tutkimuksen tekemisestä

Opinnäytetyö prosessini alkoi keväällä 2011 kun sain hyväksytettyä opinnäytetyöni aiheen omassa ammattikorkeakoulussani. Tavoitteena oli tehdä työ valmiiksi joulukuuhun 2011 mennessä. Kuitenkin monista tekijöistä johtuen työ valmistui keväällä 2012. Mistään vastaavanlaisesta ja laajuisesta työstä minulla ei ole aikaisempaa kokemusta. Tämä työ kaikessa laajuudessaan ja haastavuudessaan on antanut hyvät eväät mahdollisille tuleville opinnoille. Olen aina tiennyt tekeväni opinnäytetyön yksin, sillä koulun, työn ja harrastusten yhteen sovittaminen on jo yksin niin haastavaa, että en olisi uskonut sen onnistuvan kenenkään toisen kanssa tehtäessä.

Ohjaajina opinnäytetyössäni minulla oli KT, lehtori Seppo Kilpiäinen ja TtM, tuntiopettaja Aija Lämsä, jotka hyväksyivät keväällä 2011 tutkimussuunnitelmani ja ohjasivat myös tutkimuksessa käytetyn haastattelulomakkeen tekemisessä. Olen mielestäni saanut riittävästi ohjausta työhöni.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoinen ja haastava prosessi, jonka aikana olen oppinut hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyviä asioita. Kaikista suurin anti on minulle kuitenkin ollut perehtyminen potilasohjauksen teoriaan. Tulen tarvitsemaan ja viemään käytäntöön näitä teoriataitoja tulevalla urallani sairaanhoitajana, työpisteestä riippumatta. Uskon ja toivon myös, että tutkimustuloksista on hyötyä käytännön toimijoille Lapin keskussairaalassa.

8.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa keskityttiin diabetespotilaiden kokemuksiin heidän saamansa potilasohjauksen asiasisällöistä. Opinnäytetyötä tehdessä kiinnostukseni heräsi myös potilasohjauksen erilaisiin tyyleihin. Jatkotutkimuksessa voisi perehtyä tarkemmin siihen, millaista ohjausta potilaat haluavat, ryhmäohjausta, yksilöohjausta vai kenties jotain muuta. Kiinnostavaa olisi myös tietää mikä diabetespotilaiden potilasohjauksessa on potilaiden mielestä hyvää ja mikä huonoa.

LÄHTEET

Aadland, Einar 1993. Sosiaali- ja terveydenhoitoalan etiikka. Otava, Keuruu.

Ahonen, Heidi 1994. Vuorovaikutus auttamisen välineenä. 1.-2. painos. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Airaksinen, Timo 1992. Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. 2. painos. Yliopistopaino, Helsinki.

Alahuhta, Maija & Korkiakangas, Eveliina & Kyngäs, Helvi & Laitinen, Jaana 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. Hoitotiede 21 (4), 259-268.

Backman, Kaisa & Lahtinen, Mari & Karhu, Hannele 2004. Naisnäkökulma hoitotyön etiikan teoriaan. Carol Gilligan ja välittämisen etiikka. Hoitotiede 16 (3), 132-143.

Benjamin, Martin & Curtis, Joy 1992. Ethics in nursing. Third edition. Oxford university press, New York.

Dunning, Trisha. Care of People with Diabetes. A Manual of Nursing Practice 3. painos 2009. Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ, USA.

Fry, Sara 1997. Etiikka hoitotyössä, eettisen päätöksenteon opas. Tammer-paino Oy, Tampere.

Hallila, Liisa 1999. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Heikkinen, Riitta-Liisa & Laine, Timo 1997. Hoitava kohtaaminen. Tammer-paino Oy, Helsinki.

Heinonen, Liisa 2009. Terveyttä edistävä syöminen. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo & Rönnemaa, Tapani & Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Karisto, Hämeenlinna.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita, Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2009. Päähteet ja diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo & Rönnemaa, Tapani & Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Karisto, Hämeenlinna.

Jarvala, Tiina & Raitanen, Jani & Rissanen, Pekka 2010. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998–2007. Tampereen yliopisto.

Kangas, Tero 2006. Insuliinihoidon seuranta. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo & Rönnemaa, Tapani & Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Karisto, Hämeenlinna.

Keskinen, Päivi 2009. Lasten ja nuorten diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo & Rönnemaa, Tapani & Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Karisto, Hämeenlinna.

King, Imogene 1981. A theory for nursing. Systems, concepts, process. John Wiley & Sons, New York.

Koski, Sari 2011. Diabetesbarometri 2010. Kehitys Oy.

Kuisma, Veja & Reini, Leena 2008. Iäkkään diabeetikon hoidonohjaus. Teoksessa Rintala, Tuula-Maria & Kotisaari, Sirpa & Olli, Seija & Simonen, Ritva (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Tammi, Helsinki.

Kyngäs, Helvi 2005. Diabeetikonuorten hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto, Oulu.

Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY, Helsinki.

Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria & Poskiparta, Marita & Johansson, Kirsi & Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY, Helsinki.

Käypä hoito suositus: Diabetes. Tulostettu 1.4.2011 osoitteesta:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50056>

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto, Oulu.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 250-258.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2005a. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3 (1), 11-14.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2006. Terveystieteidenhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18 (1), 4-13.

Kääriäinen, Maria & Lahdenperä, Tiina & Kyngäs, Helvi 2005b. Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* 3 (3), 27-31.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Tulostettu 1.4.2011 osoitteesta:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Tulostettu 20.1.2012 osoitteesta:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Linko, Linnea & Lampe, Kristian & Ihalainen, Jarkko & Mäkelä, Marjukka & Sintonen, Harri 2005. Verensokerin omaseuranta diabeteksen hoidossa. *FinOHTAn raportti* 24/2005. Gummerus, Saarijärvi.

Louhiala, Pekka & Launis Veikko 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Edita prima Oy, Helsinki.

Mattila, Lea-Riitta 2001. Vahvistumista ja tunnekokemusten jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan järjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, Tampere.

Mäkelä, Anja & Ruokonen, Taina & Tuomikoski, Marjatta 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Tammi, Vantaa.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Gummerus Oy, Vaajakoski.

Mönkkönen, Kaarina 2007. Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö. Edita, Helsinki.

Näntö-Salonen, Kirsi & Ruusu, Päivi 2007. Nuoren diabeetikon komplianssi haastaa hoitoyksikön. Diabetes ja lääkäri 36(5), 7-12.

Ojala, Toini & Uutela, Antti 1993. Rakentava vuorovaikutus. WSOY, Porvoo.

Pekkonen, Leena 2008. Hoidonohjauksen erityiskysymyksiä. Teoksessa Rintala, Tuula-Maria & Kotisaari, Sirpa & Olli, Seija & Simonen, Ritva (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Tammi, Helsinki.

Redman, Barbara K. Advances in Patient Education 2004. Springer Publishing Company, New York, NY, USA.

Routasalo, Pirkko & Airaksinen, Marja & Mäntyranta, Taina & Pitkälä, Kaisu 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. Suomen lääkäri 65(21), 1917-1923.

Ruusu, Päivi & Vesanto, Maarit 2008. Diabetesta sairastavien lasten ja nuorten hoidonohjaus. Teoksessa Rintala, Tuula-Maria & Kotisaari, Sirpa & Olli, Seija & Simonen, Ritva (toim.) Diabeetikon hoidonohjaus. Tammi, Helsinki.

Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Tulostettu 27.3.2011 osoitteesta:
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Saraheimo, Markku 2009. Mitä diabetes on? Teoksessa Ilanne-Parikka, Pirjo & Rönne-
maa, Tapani & Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.) Diabetes. Karisto, Hämeenlin-
na.

Silvennoinen, Markku 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Gummerus, Jyväskylä.

Sundeen, Sandra & Stuart, G & Rankin, E & Cohen, S 1987. Vuorovaikutus – avain
hoitotyöhön. WSOY, Juva.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-
julkaisuja I, 2001.

Thompson, Ian & Melia, Kath & Boyd, Kenneth & Horsburgh, Dorothy 2007. Nursing
ethics. Fifth edition. Hungary, Elsevier.

Torkkola, Sinikka & Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmär-
rettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tammi, Tampere.

Vilkka, Hanna 2009. Tutki ja kehitä. Tammi, Tampere.

Virkamäki, Antti 2009. Insuliiniresistenssi ja metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Ilan-
ne-Parikka, Pirjo & Rönne-
maa, Tapani & Saha, Marja-Terttu & Sane, Timo (toim.)
Diabetes. Karisto, Hämeenlinna.

Diabeetikon hoidon yleiset tavoitteet glukoositasapainon, lipidien ja verenpaineen suhteen.

Mittari	Tavoite	Huomioitavaa
HbA _{1c} % (mmol/l)	alle 7.0	ellei vakavia hypoglykemioita (yksilöllinen tavoiteasettelu, ks. kohta Hoidon yleiset tavoitteet)
Paastoglukoosi (mmol/l)	4–6	omamittauksissa
Aterian jälkeinen glukoosi (noin kaksi tuntia) (mmol/l)	alle 8	omamittauksissa
LDL-kolesteroli (mmol/l)	alle 2.5	kaikilla tyypin 2 diabeetikoilla ja tyypin 1 diabeetikoilla, joilla on mikroalbuminuria
	alle 1.8	sairastettu valtimotapahtuma
Verenpaine (mmHg)	alle 130/80	

(Diabetes – Käypä hoito suositus 2012.)

HAASTATTELULOMAKE

DIABETES-POTILAIDEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN OHJAUksesta

1. IKÄ __v.

2. SUKUPUOLI

a) mies __

b) nainen __

3. KUINKA USEIN TEILLÄ ON OLLUT VIIMEISEN VUODEN AIKANA DIABETES-OHJAUKSIA? JOS TÄMÄ ON TEIDÄN ENSIMMÄINEN OHJAUSKÄYNNNE, VOIT JÄTTÄÄ TÄHÄN KYSYMYKSEEN VASTAAMATTA.

a) yhden kerran __

b) kaksi kertaa __

c) yli kaksi kertaa __

4. MUISTELE SITÄ TILANNETTA KUN KUULIT SAIRASTAVASI DIABETESTA. MISTÄ ASIOISTA OLISITTE SILLOIN TOIVONUT SAAVANNE ENEMMÄN TIETOA? VOIT TARVITTAESSA VALITA USEAMMAN VAIHTOEHDON.

a) diabeteksen aiheuttamista komplikaatioista __

b) diabeteksen omahoidosta __

c) diabeteksen hoidon seurannasta __

d) liikunnan ja painonhallinnan vaikutuksesta diabeteksen hoitoon __

e) lääkehoidosta __

f) jostain muusta, mistä? _____

5. MILLAINEN OHJAUSYMPÄRISTÖ OLI ENSIMMÄISELLÄ OHJAUSKERRALLA?

a) rauhallinen __

b) levoton __

c) en osaa sanoa __

6. MILLAISENA KOET OHJAAVAN HENKILÖKUNNAN? TARVITTAESSA VOIT VALITA USEAMMAN VAIHTOEHDON.

- a) ohjaajat ovat rauhallisia ____
- b) ohjaajat antavat mahdollisuuden kysymysten esittämiseen ____
- c) ohjaajat ovat olleet epäasiallisia ____
- d) ohjaajat eivät ole antaneet mahdollisuutta kysymysten esittämiseen ____

7. ONKO TEILLÄ TÄLLÄ HETKELLÄ MIELESSÄ SELLAISIA ASIOITA, JOIHIN HALUAISITTE OHJAUKSESSA KIINNITETTÄVÄN ENEMMÄN HUOMIOTA? VOIT VALITA TARVITTAESSA USEAMMAN VAIHTOEHDON.

- a) sairauden aiheuttamien komplikaatioiden ehkäisy ____
- b) diabeteksen omahoito ____
- c) lääkehoidon ohjaus ____
- d) liikunnan ja painonhallinnan neuvoja ____
- e) jokin muu asia, mikä? _____

8. MILLAISENA KOET SAAMASI POTILASOHJAUKSEN? VOIT VALITA TARVITTAESSA USEAMMAN VAIHTOEHDON.

- a) ohjaus on ollut hyvää ____
- b) ohjauskertoja on ollut tarpeeksi ____
- c) ohjaus on ollut riittämätöntä ____
- d) ohjauskertoja on ollut liian vähän ____

KIITOS OSALLISTUMISESTASI!

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE / OPINNÄYTETYÖLLE

klinikka / tulosyksikkö		tulosyksikkönumero		DIAARINRO: TUT 21/2011		
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet MAATTA JYRI ANTERO		Henkilötunnus 031187-1215			
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU		Nykyinen virka / toimi / opiskelija SAIRAANHOITAJA-OPISKELIJA			
	Kotiosoite KIVIJENOJANTIE 24		Postinro ja -paikka 96600, ROVANIEMI			
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin 0405114496	Sähköpostiosoite JYRI.MAATTA@EDU.TOKEM.FI			
	Suoritettu tutkinto YLIOPIILASTUTKINTO		Suoritusvuosi 2006	Suorituspaikka ROVANIEMI		
	Tutkimusprojektin lyhyt nimi DIABETES-POTILAIDEN KOKEMUKSIA SAAMASTAAN OHJAUksesta					
2. Tutkimusprojektia tai tutkimusta koskevat tiedot	Tutkimus on		<input checked="" type="checkbox"/> julkinen		Tutkimusaika Toukokuu 2011	
			<input type="checkbox"/> ei-julkinen, sisältää salassapidettäviä osioita			
	Kaavanumerot		Alihakusana			
	Tutkimus on		<input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä			
			<input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> rekisteritutkimus			
	Anoja on		<input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija			
			<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija			
	Anoja osallistuu potilastyöhön		<input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei			
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökijä JYRI MAATTA					
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät <input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Laboratorio <input checked="" type="checkbox"/> SISÄTAUTIEN POLIKLINIKKA					
Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteeltä)						
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ▶ Erillinen liite						
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaistista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta, koska on ulkopuolinen rahoittaja						
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain <input type="checkbox"/> Sopimuksen nro (kirjaamosta)						
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input checked="" type="checkbox"/> muu, mikä TOIENNA Rahoittaa						
Projektin numero: (EVO: JYL-päätös §)						
Päivämäärä Anojen allekirjoitus ja nimen selvennys 6.5.11 Jyri Maatta JYRI MAATTA						
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat		lähetytpäivä		vastaus saatu	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta					
Luvat	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta					
	<input type="checkbox"/> ETENE - ²⁾ TUKIJA					
	<input type="checkbox"/> Fimea ³⁾ <input type="checkbox"/> Johtajayli-/laitoksen joht./ STM/THL ⁴⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾					
4. PÄÄTÖS Luvan myöntäjä täyttää!	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta					
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä					
	Päätöksentekijä <input checked="" type="checkbox"/> tulosyksikön joht. / tulosalueen joht. / ylihoitaja <input type="checkbox"/> joht. ylläkäri / hall. ylihoitaja <input type="checkbox"/> shp:n joht. / hallitus					
	Päivämäärä Allekirjoitus					
	LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päättaja (arkistointi)					

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta³⁾ Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. Apteekin tiedote 7.8.1.⁴⁾ Rekisteritutkimukset⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote (luvat).

Liitteet: Tutkimussuunnitelma
Rahoitussuunnitelma
Muita liitteitä kpl

LSHP (päivitetty 29.10.2010)

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden toimiala ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

Toimeksiantajatiedot:

Toimeksiantajan nimi ja osoite: Lapin sairaanhoitopiiri, PL 8041, 96101 Rovaniemi

Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja: Tarja Kainulainen-Liiti

Yhdyshenkilön/työelämäohjaajan yhteystiedot: puh. (016) 328 5010

Oppilaitostiedot:

Oppilaitoksen nimi ja osoite: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön tekijä ja yhteystiedot: Jyri Määttä, puh. 0405114496

Opinnäytetyön ohjaavat opettajat ja yhteystiedot: Aija Lämsä, puh. 010 383 5593

Seppo Kilpiäinen puh. 010 383 5191

Opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:

Opinnäytetyön nimi/aihe: Diabetes-potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta

Työn aikataulu: Tutkimussuunnitelman ja teoriaosuuden aloitus tammikuussa 2011, aineiston keräys toukokuussa 2011, ja suunniteltu valmistumisajankohta joulukuun 2011.

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa: Jyri Määttä

Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa: Jakelu ja käyttöoikeus kaikille osapuolille.

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa: Tutkimustulokset ei salassa pidettävää.

Työn ohjaajina toimivat: Aija Lämsä, Seppo Kilpiäinen.

Toimeksiantajan opinnäytetyöstä mahdollisesti maksama korvaus:

Korvaussumma: 0€

Korvauksen saaja: -

Korvauksen maksun ajankohta: -

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty 3 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka:

Rovaniemi

Aika:

6.5.11

AMK:n edustaja

Jyri Määttä

Opiskelija

Toimeksiantajan edustaja

Liite. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma

SAATEKIRJE

Tervehdys!

Olen sairaanhoitaja-opiskelija Kemi-Tornion ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä diabetes-potilaiden potilasohjauksesta. Tutkimuksessani selvitän diabetesta sairastavien tuntemuksia saamastaan potilasohjauksesta, sen laadusta ja määrästä. Osallistumalla tutkimukseen mahdollistat opinnäytetyöni toteutumisen, sekä voit osaltasi edesauttaa potilasohjauksen kehittämistä. Vastauksellasi on siis merkitystä!

Missään tutkimustulosten analysointi tai esittämisvaiheessa Teidän henkilötietonne EIVÄT tule esille, eikä Teidän henkilöllisyyttä voida yhdistää tutkimustuloksiin. Tutkimukseen vastaaminen tapahtuu siis täysin anonyymisti.

Vastauksien antamisessa menee noin 5min. **MUISTATHAN ETTÄ VASTAAMINEN ON TÄY-SIN VAPAAEHTOISTA!**

Tarvittaessa voit olla yhteydessä tutkimuksen suorittajaan:

puhelin: 0405114496

sähköposti: jyri.maatta@edu.tokem.fi

Kiitos yhteistyöstäsi!

Sairaanhoitaja-opiskelija Jyri Määttä